



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

O Ofício da Escuta:

Fundamentos Iniciais
da Prática Clínica

E - BOOK

Organizadora
Mariana Salles Kehl

O Ofício da Escuta: Fundamentos Iniciais da Prática Clínica

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Reitor e Diretor administrativo

Anísio Baldessin

Diretora acadêmica

Celina Camargo Bartalotti

PRODUÇÃO EDITORIAL

Coordenadora editorial

Bruna San Gregório

Analista editorial

Cintia Machado dos Santos

Assistente editorial

Bruna Diseró

ORGANIZADORA

Mariana Salles Kehl

AUTORAS

Mariana Salles Kehl

Bruna Balderrama dos Reis Percebão

Giovanna Domingos Granito

Isabela de Araújo Barbosa Pereira

Isabella Santiago Marion

Luisa de Barros Dardim

Patrícia Oliveira dos Santos Suzuki

Yasmin Flaiban Muzeti

Diagramação

Cintia Machado dos Santos

O27

O ofício da escuta: fundamentos iniciais da prática clínica / Mariana Salles Kehl (Org.). -- São Paulo: Setor de Publicações - Centro Universitário São Camilo, 2026.
103 p.

Vários autores
ISBN 978-65-84146-46-4

1. Clínica-escola 2. Supervisão clínica 3. Escrita clínica 4. Vulnerabilidade social 5. Manejo I. Kehl, Mariana Salles II. Título

CDD: 150.195



PREFÁCIO

Há um saber que não se ensina – transmite-se. Esta é, talvez, a primeira lição da Psicanálise a quem se dispõe a supervisionar: não se trata de depositar conhecimento em quem começa, mas de sustentar as condições para que algo, no encontro com o paciente, possa advir como pergunta. Foi esse o privilégio que me coube ao acompanhar as sete autoras cujas vinhetas dão corpo a este livro. Não lhes ensinei a escutar; testemunhei o momento em que descobriram que já escutavam – e que o não saber que tanto as angustiava era, ele próprio, a condição do trabalho.

Freud nomeou três ofícios impossíveis: psicanalisar, educar e governar. Impossíveis não porque fracassem, mas porque neles nenhum resultado se garante de antemão – operam sempre com um resto que escapa ao cálculo. Supervisionar, penso, habita a costura entre os três, e é justamente aí que encontra sua dignidade: educa sem doutrinar, conduz sem governar e só transmite a Psicanálise se recusar o lugar do mestre que tudo sabe. O laço que sustentou nossas supervisões não passou pelo discurso do mestre; passou pelo desejo – o desejo de que cada uma dessas jovens praticantes da clínica encontrasse a própria voz, e não a repetição da minha. Supervisionar pela Psicanálise é renunciar à resposta pronta para oferecer, em seu lugar, um espaço onde a dúvida possa ser pensada. É humanizar a função de quem orienta: descer do pedestal do suposto saber para ocupar, com o outro, o terreno incerto e fértil da formação.

A clínica-escola tornou tudo isso possível. É nela que a teoria estudada encontra, pela primeira vez, o corpo e o silêncio de um paciente real; é nela que a instituição, longe de ser mero cenário, se faz condição ética do cuidado. Que exista um espaço assim – que acolhe quem sofre e forma quem cuida, no mesmo gesto – é algo que não se deve tomar como evidente. Por isso, encerro este prefácio com gratidão. Agradeço ao Centro Universitário São Camilo pela confiança e pela oportunidade desta publicação; ao Setor de Publicações e ao Programa de Apoio à Editoração, cujo edital e investimento converteram um trabalho de supervisão em bem partilhável; e, sobretudo, a Bruna, Giovanna, Isabela, Isabella, Luisa, Patrícia e Yasmin, que me confiaram seus primeiros casos e, com eles, suas primeiras inquietações. Supervisionar cada uma de vocês, pela via da Psicanálise, foi uma das realizações mais profundas da minha trajetória. Este livro é a prova de que o que se transmite, quando se transmite verdadeira e legitimamente, retorna transformado – e ensina, a nós que supervisionamos, tanto quanto ensinamos.

Mariana Salles Kehl

SUMÁRIO

Apresentação	5
---------------------------	----------

PARTE I - FUNDAMENTOS

Capítulo 1 - Transferência e contrato de trabalho clínico	8
Capítulo 2 - <i>Setting</i> , limites e posição do analista em formação	12
Capítulo 3 - Escrita clínica: do registro mínimo ao relatório técnico ...	16
Capítulo 4 - Ética, sigilo e LGPD na clínica-escola	21

PARTE II - SETE VINHETAS COMENTADAS

Capítulo 5 - Clínica com criança: jogo, endereçamento e o lugar dos responsáveis	27
Capítulo 6 - Transferência e contratransferência nos primeiros atendimentos	33
Capítulo 7 - Faltas e adesão: sintoma, enquadre e rede	40
Capítulo 8 - Insegurança do(a) estagiário(a) e a função da supervisão ...	46
Capítulo 9 - Vulnerabilidade social: entre a escuta e a rede	52
Capítulo 10 - Paradoxos da clínica social	58
Capítulo 11 - Quando o caso toca o analista: ressonâncias pessoais e limites	65

PARTE III - FERRAMENTAS

Capítulo 12 - Boxes “o que observar/o que evitar” por impasse	73
Capítulo 13 - <i>Checklists</i> de primeira entrevista e seguimento	77
Capítulo 14 - Modelos de relatório e linguagem técnica	80
Capítulo 15 - Mapas decisórios: manter, intensificar, referenciar	84

ANEXOS

Anexo A - Glossário mínimo freudiano-lacaniano (e winnicottiano)	89
Anexo B - Referências Comentadas	96
Anexo C - Notas sobre anonimização e riscos residuais	99

Referências	100
--------------------------	------------

APRESENTAÇÃO

A clínica-escola é, antes de tudo, um dispositivo formativo: um espaço em que o “não saber” do(a) estagiário(a) não é déficit, mas condição de trabalho. É nela que a teoria estudada em sala de aula encontra, pela primeira vez, o corpo, a voz e o silêncio de um paciente real – e é também nela que o(a) estudante descobre que nenhuma teoria o(a) dispensa da tarefa de escutar. Este livro/manual nasce dessa constatação. Aqui, não se propõem protocolos, mas cartografias de manejo para os impasses inaugurais dos primeiros atendimentos, de modo a sustentar a transferência sem abdicar do enquadre e da responsabilidade técnica.

Embora este livro seja desdobramento de uma experiência institucional determinada – a clínica-escola de Psicologia do Centro Universitário São Camilo, com sua legislação, seus prazos e procedimentos próprios –, não se destina a ela exclusivamente. As matrizes de intervenção/repertórios de práticas aqui reunidos dirigem-se a todo(a) estudante de Psicologia/Psicanálise que se encontre diante de seus primeiros atendimentos, em qualquer instituição formadora, clínica-escola ou serviço de estágio. As especificidades institucionais que aparecem ao longo do texto – o Manual de Estágio Supervisionado desta faculdade, os anexos e formulários que lhe são próprios, a legislação brasileira em vigor (Código de Ética Profissional do Psicólogo, Resoluções do CFP, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) – funcionam como referência concreta, não como fronteira: cada leitor(a) é convidado(a) a substituí-las, quando necessário, pelas normas e pelo enquadre da própria instituição, preservando os operadores clínicos que atravessam qualquer contexto de formação.

Esta obra organiza-se em três partes articuladas. A **Parte I – Fundamentos** sistematiza os operadores conceituais indispensáveis ao manejo inicial: a transferência e o contrato de trabalho clínico; o *setting*, os limites e a posição do analista em formação; a escrita clínica, do registro mínimo ao relatório técnico; e os parâmetros éticos e legais que regem a circulação de informações na clínica-escola, com destaque para o sigilo profissional e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). A **Parte II – Sete vinhetas comentadas** reúne capítulos escritos em coautoria com sete estagiárias do serviço Clínica-Escola Dra. Nise da Silveira, cada um dedicado a um impasse inaugural dos primeiros atendimentos: a clínica com crianças; a transferência e a contratransferência; as faltas e a adesão; a insegurança do(a) estagiário(a); a vulnerabilidade social; os paradoxos da clínica social; e o momento em que o caso toca o(a) próprio(a) analista em formação. A **Parte III – Ferramentas** traduz os fundamentos em artefatos pedagógicos operacionais: boxes “o que observar/o que evitar”, *checklists* de primeira entrevista e seguimento, modelos de relatório e mapas decisórios (manter, intensificar, referenciar).

O referencial teórico deste material é prioritariamente freudiano-lacanian, em diálogo constante com Winnicott – autor incontornável quando se trata de ambiente, sustentação e brincar – e com comentadores brasileiros e internacionais contemporâneos. Ao mesmo tempo, uma vez que a clínica-escola acolhe estagiários(as) de todas as orientações teóricas do curso, e porque todos(as) estamos igualmente referidos(as) às normas do Conselho Federal de Psicologia, o manual inclui, em boxes discretos, pontes com outras abordagens (cognitivo-comportamental, humanista, fenomenológica): não para diluir a especificidade psicanalítica, mas para que nenhum(a) leitor(a) se sinta estrangeiro(a) na própria clínica.

A escrita clínica – do registro mínimo ao relatório – é tratada aqui como instrumento ético-pedagógico: aquilo que se pode dizer com precisão é também aquilo que se pode sustentar no tratamento e na supervisão. É essa a aposta que atravessa o livro do início ao fim: ensinar manejo pelo manejo, isto é, a partir dos desafios reais que os primeiros atendimentos impõem, traduzidos em operadores conceituais e decisões prudentes, sem jamais reduzir a clínica a um repertório de fórmulas ou conjunto de prescrições.

NOTA ÉTICA SOBRE AS VINHETAS CLÍNICAS

Todas as vinhetas apresentadas nesta obra foram anonimizadas, com supressão e reorganização de elementos identificadores diretos e indiretos, em conformidade com o Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), a Resolução CFP nº 06/2019 e a Lei nº 13.709/2018 (LGPD). Quando necessário, os casos são apresentados apenas como referências que subsidiam a experiência clínica do(a) aluno(a), podendo constituir composições elaboradas a partir de elementos provenientes de diferentes atendimentos. Informações adicionais sobre os procedimentos de anonimização e sobre os riscos residuais de reidentificação encontram-se no Anexo C.

PARTE I

Fundamentos

01

**TRANSFERÊNCIA E CONTRATO
DE TRABALHO CLÍNICO**

MARIANA SALLES KEHL

1.1. A descoberta freudiana: do obstáculo à condição de possibilidade

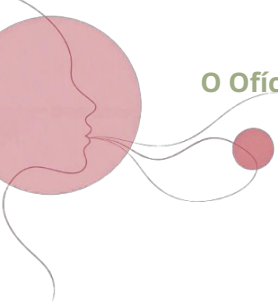
A transferência é, cronológica e logicamente, o primeiro problema técnico da Psicanálise. Freud (1912/2010a) a define como a atualização, na relação com o analista/médico, de moções pulsionais e de protótipos relacionais constituídos na história libidinal do sujeito: clichês que se repetem, endereçados agora à figura daquele que escuta. O que primeiro se apresentou como obstáculo – o paciente que, em vez de recordar, ama, odeia, resiste – revelou-se a própria condição de possibilidade do tratamento: é porque o conflito se atualiza **em ato**, no aqui e agora da sessão, que ele se torna manejável. Nas *Observações sobre o amor de transferência*, Freud (1915/2010e) extrai daí a primeira lição de manejo: não se responde à transferência no registro em que ela se apresenta; sustenta-se a sua enunciação como material de trabalho.

Para o(a) estagiário(a), essa lição tem consequência imediata: a transferência não espera. Ela não é um fenômeno de fases avançadas do tratamento, que adviria depois de um período “neutro” de coleta de dados. Desde o telefonema de agendamento, passando pela sala de espera ou pela triagem, o paciente já endereça algo a alguém – e esse alguém é, muitas vezes, menos a pessoa concreta do(a) estagiário(a) do que o lugar que a instituição, o jaleco branco imaginário, o suposto saber da Psicologia lhe conferem. A literatura contemporânea sobre processos iniciais confirma o que a clínica psicanalítica sempre soube: padrões transferenciais já são observáveis e podem produzir efeitos clínicos desde as primeiras sessões, mesmo quando não são interpretados (cf. a revisão sistematizada no campo da aliança terapêutica: Bordin, 1979; Safran; Muran, 2000).

1.2. O sujeito suposto saber e a entrada em tratamento

Lacan (2008) formaliza esse ponto com o conceito de **sujeito suposto saber**: há transferência quando o paciente supõe, em algum lugar – tipicamente encarnado na figura do analista, representado pelo(a) estagiário(a) – um saber sobre aquilo que o faz sofrer. Essa suposição é o pivô do tratamento: ela não precisa ser merecida, conquistada ou correspondida pelo saber efetivo daquele que oferece escuta; precisa ser **sustentada como suposição**. Eis o paradoxo formativo por excelência: o(a) iniciante, que sente saber tão pouco, é convocado(a) a ocupar o lugar de quem supostamente sabe – e a arte do manejo consiste precisamente em não confundir o lugar com a pessoa. Responder do lugar do saber (explicando, garantindo, prometendo) é obturar a suposição; recusá-la ansiosamente (“sou só estagiário(a)...”) é desmontar o dispositivo. Sustentá-la é outra coisa: é permitir que a pergunta do paciente continue endereçada, e trabalhando.

Em *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, Lacan (1998a) lembra que o analista paga com sua pessoa, com suas palavras e com seu ser – mas que a política do tratamento (aonde se quer chegar) precede a estratégia (o manejo da transferência), que por sua vez precede a tática (a interpretação). Para o(a) estagiário(a), isso se traduz numa hierarquia de prudência: antes de interpretar, situar-se; antes de situar-se, saber que direção o dispositivo da clínica-escola torna possível.



1.3. O contrato de trabalho: dimensão explícita e dimensão simbólica

O contrato clínico explícito organiza as condições materiais do tratamento: dia, horário, frequência, duração das sessões, política de faltas, gratuidade ou contribuição institucional (em determinadas instituições), formas de contato, limites do sigilo, existência da supervisão. Nada disso é acessório. Mas a literatura converge para uma tese mais forte: essas condições não permanecem neutras. Elas adquirem sentidos inconscientes e passam a representar, para cada paciente, cuidado ou controle, confiabilidade ou abandono, dívida ou reconhecimento. O contrato explícito **estabelece** o tratamento; o contrato simbólico revela **como cada um vive** esse estabelecimento. O enquadre, nesse sentido, não é apenas o cenário onde a transferência ocorre: é frequentemente um dos seus primeiros objetos.

Disso decorre uma regra de escuta: dificuldades contratuais (atrasos, pedidos de mudança de horário, hesitações diante do termo de consentimento) não devem ser automaticamente classificadas como “resistência”, nem tratadas como mero problema administrativo, nem tampouco interpretadas prematuramente como material inconsciente. A tarefa clínica é sustentar simultaneamente realidade e significado: manter o limite, examinar seu sentido, avaliar sua adequação. Só a conjugação das três operações evita, de um lado, o enquadre autoritário e, de outro, a dissolução da função continente do dispositivo.

1.4. O início já é tratamento

Freud (1913/2010h) recomendava tratar as entrevistas preliminares como um período de ensaio – mas advertia que esse ensaio já é análise. A separação entre “entrevistas iniciais” e “tratamento propriamente dito” é conceitualmente útil e clinicamente enganosa: desde o primeiro encontro o paciente observa como o(a) terapeuta responde, o que tolera, como organiza o tempo, se parece confiável ou intrusivo(a). A pesquisa sobre aliança de trabalho mostra que a qualidade do vínculo colaborativo já é preditiva de continuidade entre a terceira e a quinta sessão, e que rupturas da aliança – longe de serem exceções – são frequentes e, quando reconhecidas e reparadas, tendem a se converter em eventos terapêuticos (Safran; Muran, 2000). O ideal clínico desloca-se, assim, de “não romper” para “reconhecer e trabalhar as rupturas”: nomear a tensão, convidar o paciente a descrever sua experiência, examinar a própria contribuição, renegociar sem capitular.

Box interdisciplinar: A aliança de trabalho como conceito transteórico

A noção de aliança formulada por Bordin (1979) – i.e., o acordo sobre objetivos, acordo sobre tarefas e vínculo – nasceu da tradição psicanalítica (o “pacto analítico” freudiano), mas tornou-se patrimônio comum das psicoterapias. Estagiários(as) de orientação cognitivo-comportamental a reconhecerão na “colaboração empírica” e na definição conjunta de metas (Beck, 2013); os de orientação humanista, nas condições facilitadoras rogerianas (Rogers, 2009). Para todos, vale a mesma advertência clínica: aliança não é concordância.

1.5. O campo triangular da formação

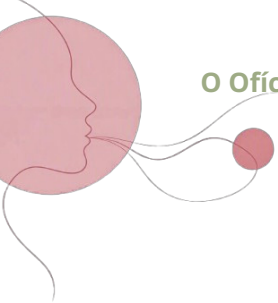
Na clínica-escola, a díade paciente-terapeuta está inscrita, desde o início, em um campo no mínimo triangular: paciente, estagiário(a) em formação, supervisor(a)/instituição. O(A) supervisor(a) e a instituição estão “presentes” na sessão mesmo sem participação direta – nas exigências curriculares, na carga horária a cumprir, na avaliação que se aproxima, no relatório a entregar. Essa presença pode produzir aquilo que a literatura chama de contra-transferência indireta: aceitar um caso por necessidade curricular, evitar um encaminhamento para não “perder” o paciente, interpretar para demonstrar competência, prolongar um atendimento por exigência institucional. **Nomear esses vetores** – em supervisão, não diante do paciente – é o primeiro gesto de cuidado com o campo clínico. O contrato de trabalho, na clínica-escola, é sempre duplo: com o paciente e com a instituição formadora; e a ética consiste em não deixar que o segundo fale, clandestinamente, por meio do primeiro.

Em síntese: a transferência começa antes da primeira sessão; o contrato explícito é também um contrato simbólico; o início já é tratamento; e o(a) estagiário(a) trabalha num campo triangular cuja transparência é condição de manejo. O capítulo seguinte examina a moldura dentro da qual tudo isso se dá: o *setting*.

02

***SETTING*, LIMITES E POSIÇÃO DO ANALISTA EM FORMAÇÃO**

MARIANA SALLES KEHL



2.1. O enquadre como não processo

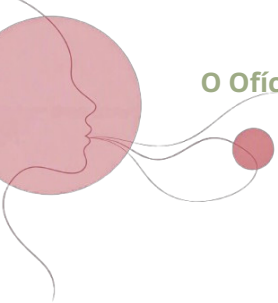
Bleger (1988) legou à técnica psicanalítica uma distinção fecunda: o processo analítico – aquilo que se move, se transforma, se interpreta – apoia-se sobre um conjunto de constantes que, justamente por não se moverem, tornam o movimento perceptível. O enquadre é esse “não processo”: horários, frequência, lugar, duração, regras de contato – a parte muda e estável da situação analítica. Sua função é referencial (permite perceber mudanças por contraste), delimitadora (define um espaço em que os acontecimentos ganham estatuto clínico), continente (pode sustentar a vida emocional do paciente) e ético-jurídica (regula responsabilidades). Mas Bleger acrescenta o essencial: o enquadre não é vazio. Nele se depositam os aspectos mais primitivos e menos simbolizados do funcionamento subjetivo – e é por isso que, quando o enquadre é rompido ou modificado (uma falta, uma mudança de sala, as férias, o fim do semestre letivo), aquilo que estava silenciosamente depositado pode se tornar, repentinamente, visível: dependência, hostilidade, medo de abandono, necessidade de controle, etc.

Para a clínica-escola, a lição é dupla. Primeiro: as rupturas de enquadre inevitáveis do dispositivo institucional (troca de estagiário(a) ao fim do estágio, recessos acadêmicos, remanejamento de salas) não são meros inconvenientes administrativos – são acontecimentos clínicos que merecem antecipação, palavra e elaboração. Segundo: a estabilidade possível do enquadre é uma conquista técnica ativa, não um dado; sustentá-la é trabalho do(a) estagiário(a), com apoio da instituição.

2.2. Enquadre externo e *setting* interno: a contribuição winnicottiana

A literatura contemporânea (Calich, 2024; Levine, 2024) distingue o enquadre externo (as condições materiais) do *setting* interno: a capacidade do(a) analista de estabelecer, em sua própria organização psíquica, uma situação de análise: manter perspectiva observacional, conter afetos intensos sem reagir impulsivamente, preservar a capacidade de pensar. Um consultório impecável não garante posição analítica; inversamente, uma alteração externa (o atendimento remoto, a sala improvisada) não destrói necessariamente o trabalho quando o(a) aluno(a)/psicólogo(a) mantém viva essa função interna.

É aqui que Winnicott (1983) se torna indispensável. Sua noção de *holding* – a sustentação ambiental que, na relação mãe-bebê, precede e possibilita a integração de si mesmo – oferece o modelo mais preciso da função do enquadre: um ambiente suficientemente estável e previsível para que experiências emocionais possam ser toleradas, vividas e, aos poucos, simbolizadas. O *setting*, nessa perspectiva, não é um dispositivo de contenção normativa: é um colo institucional. E, como o ambiente suficientemente bom, ele não precisa ser perfeito; precisa ser confiável e capaz de sobreviver aos ataques do paciente sem retaliar e sem desmoronar. A clínica-escola que se pensa a partir de Winnicott entende por que a constância do dia e da hora, a mesma sala, o mesmo rosto semana após semana não são burocracias: são a própria substância do cuidado, sobretudo para pacientes cuja história foi constituída por ambientes que falharam.



2.3. Limites: entre a rigidez defensiva e a permissividade defensiva

O limite clínico não é uma proibição: é um organizador. Ele protege o paciente, o(a) estagiário(a), diferencia papéis, contém impulsos, sustenta a continuidade e cria as condições para que desejos e transgressões possam ser **pensados**, em vez de imediatamente atuados. O erro do iniciante, contudo, raramente é a ausência de regras, mas é o **uso defensivo** delas. A regra prometida como antídoto da incerteza (“nunca responda perguntas”; “toda flexibilização é atuação”; “todo pedido é resistência”) reduz a ansiedade do(a) aluno(a), mas também pode impedir o pensamento clínico: transforma-se rigidez em virtude e chama-se a isso técnica.

O inverso é igualmente defensivo. A permissividade – alongar sessões, responder a qualquer solicitação, jamais retomar uma falta – costuma vestir-se de acolhimento, mas frequentemente serve para evitar desagradar, tolerar a raiva do paciente, reconhecer a assimetria da relação ou assumir responsabilidade clínica. A posição tecnicamente equilibrada exige três operações simultâneas: **manter o limite, examinar seu significado e avaliar sua adequação**. Só manter torna o enquadre autoritário; só interpretar ignora necessidades concretas; só flexibilizar dissolve a função continente. A pergunta formativa decisiva desloca-se, assim, de “qual é a regra correta?” para “que função este limite cumpre, neste tratamento, para este paciente, neste momento?”.

2.4. A angústia do iniciante e o manejo do enquadre

A angústia do(a) estagiário(a) não é acidente de percurso: é condição estrutural do início – tema que o Capítulo 8 aprofundará. O que importa reter aqui é o seu destino técnico: a angústia do(a) iniciante raramente se apresenta como relato consciente; ela se manifesta como **decisão de enquadre**. Falar demais para preencher o silêncio; interpretar cedo para provar competência; alongar a sessão; evitar problematizar uma falta ou um atraso; consultar o(a) supervisor(a) apenas depois da crise; apegar-se a regras cuja função não se compreende. O enquadre torna-se, então, o local onde a ansiedade é descarregada – e o paciente, sismógrafo finíssimo, registra tudo. A supervisão existe precisamente para interceptar esse circuito: transformar o afeto em observação, a observação em reflexão, a reflexão em decisão.

Sentir → nomear → localizar → formular → decidir: pular do afeto diretamente à ação é o atalho que produz as quebras de enquadre.

2.5. Neutralidade, abstinência e autoridade sem autoritarismo

Neutralidade não é ausência. O(A) analista participa da situação, produz efeitos e é afetado(a) por ela; a neutralidade designa não um apagamento, mas uma disciplina: não privilegiar prematuramente uma solução, não agir de imediato sobre os próprios afetos, manter a curiosidade, tolerar a ambivalência, reconhecer a própria participação no campo. Do mesmo modo, a abstinência freudiana (Freud, 1915/2010e) não manda o(a) terapeuta calar-se: manda-o(a) não satisfazer, no registro do agir, a demanda que deve ser posta a trabalhar no registro da palavra.

Resta a autoridade. O(A) estagiário(a) possui autoridade funcional – responde pelo enquadre, pela ética, pela continuidade do trabalho – e é frequente que a confunda com autoritarismo e, por isso, abdique dela; ou que a use para compensar insegurança. A posição madura integra firmeza, reflexividade, responsabilidade e capacidade de revisão. No atendimento remoto – modalidade regulamentada pela Resolução CFP nº 9/2024 e institucionalmente autorizada quando pertinente – tudo isso se condensa no que se pode chamar de enquadre interno: presença psíquica, cuidado com a priva-

cidade dos dois lados da tela, tratamento das falhas tecnológicas como acontecimentos do campo, e não como meros ruídos. Cabe, porém, uma distinção necessária. Os atendimentos realizados na clínica-escola são presenciais, e isso não constitui contingência organizacional: as Diretrizes Curriculares Nacionais determinam que a atividade de estágio obrigatório supervisionado tenha orientação presencial, conduzida por professores psicólogos da instituição formadora (Resolução CNE/CES nº 1/2023, Art. 14, § 3º), e o marco regulatório vigente restringe a graduação em Psicologia à modalidade presencial (Decreto nº 12.456/2025). A experiência da pandemia – quando a Resolução CFP nº 4/2020 autorizou, em caráter excepcional e emergencial, a ampliação dos serviços prestados a distância – evidenciou tanto a viabilidade técnica quanto os limites formativos dessa modalidade. Hoje, a Resolução CFP nº 9/2024 regulamenta o exercício mediado por TDICs pelo critério da avaliação técnica e ética do profissional, e não por vedação prévia. Do ponto de vista didático, portanto, o que aqui se transmite não é uma técnica de atendimento remoto, mas a posição que o(a) estagiário(a) levará consigo quando, já psicólogo(a), tiver de sustentá-la também diante de uma tela.

Box interdisciplinar: Enquadre e estrutura em outras abordagens

A função organizadora do enquadre não é exclusividade psicanalítica. Na terapia cognitivo-comportamental, a estrutura da sessão (agenda, revisão de tarefas, *feedback*) cumpre função análoga de previsibilidade e contenção (Beck, 2013). Na tradição humanista, as “condições necessárias e suficientes” descritas por Rogers (2009) – congruência, consideração positiva incondicional, compreensão empática – deslocam a ênfase da moldura para a atitude, mas pressupõem igualmente constância e confiabilidade do ambiente terapêutico. O denominador comum, que todo(a) estagiário(a) da clínica-escola deve reter: nenhuma abordagem prescinde de um quadro estável que diferencie o encontro clínico de uma conversa qualquer.

Em síntese: o enquadre é estrutura externa, função de contenção e capacidade interna do(a) analista; limites não são rigidez, nem a flexibilidade é, por si, acolhimento; e a angústia do(a) iniciante fala, antes de tudo, pela via das decisões de enquadre – razão pela qual a supervisão é o segundo enquadre de todo tratamento em formação. O próximo capítulo trata daquilo que dá corpo documental a esse trabalho: a escrita clínica.

03

**ESCRITA CLÍNICA: DO REGISTRO
MÍNIMO AO RELATÓRIO TÉCNICO**

MARIANA SALLES KEHL

3.1. Quatro operações, quatro riscos

Não existe uma escrita clínica. Há, no mínimo, quatro operações distintas, com finalidades, destinatários e riscos éticos próprios: o **registro clínico** (a evolução em prontuário, que documenta a prestação do serviço e sustenta a continuidade do cuidado); a **nota pessoal ou de processo** (o rascunho reflexivo do(a) terapeuta, de circulação restritíssima); o **relatório técnico** (usualmente denominado relatório psicológico, documento que responde a uma demanda ou obrigatoriedade definida pelo CFP, com destinatário); e a **escrita acadêmica de caso** (o relatório acadêmico, para supervisão, ensino ou publicação, que acrescenta os problemas do consentimento, do disfarce e do reconhecimento). Confundir esses registros é a matriz da maioria dos erros documentais do(a) estagiário(a): transcrever a sessão no prontuário, opinar no relatório, expor no relatório psicológico o que só cabia na supervisão.

O princípio comum a todas as modalidades é a **pertinência**: registra-se o necessário à finalidade clínica, ética e institucional – nem mais, nem menos. Escrever pouco demais é antiético (impede continuidade, reconstrução de decisões, identificação de risco); escrever demais também o é (expõe a intimidade sem função assistencial, converte hipótese em rótulo, multiplica os leitores possíveis de um material sensível). A fórmula operacional: **escrever o necessário, justificar o afirmado e proteger o que não precisa circular**.

3.2. A escrita constrói, não copia

Um relatório não é a psicodinâmica do paciente transposta ao papel; é uma representação construída pelo(a) profissional a partir de métodos, contexto, teoria e seleções. Transformar fala em texto não é operação neutra: fixa sentidos, hierarquiza fontes, produz uma imagem da pessoa que circulará sem ela. Daí a responsabilidade narrativa que a Psicanálise, com seu cuidado com a letra, tem particular vocação para ensinar: a diferença entre descrever um comportamento e condenar um sujeito. “Paciente manipuladora e resistente” é um veredicto travestido de observação; “durante a discussão do plano de atendimento, a paciente discordou das propostas, solicitou mudanças sucessivas e interrompeu o encontro antes de um acordo” é uma descrição que o(a) leitor(a) pode avaliar – e que a própria paciente, se um dia ler, poderá reconhecer sem humilhação. A regra prudencial da literatura é escrever o prontuário considerando que a pessoa atendida poderá lê-lo: não para suavizar fatos clinicamente relevantes, mas para eliminar a especulação desnecessária e a linguagem que pode ferir.

3.3. Fato, relato, observação, inferência

Uma escrita tecnicamente responsável diferencia as fontes epistemológicas de cada afirmação:

Tipo de informação	Formulação adequada
Relato da pessoa	"A paciente relatou..."
Informação de terceiro	"Segundo a responsável..."
Observação clínica	"Durante a entrevista, observou-se..."
Resultado de instrumento	"O desempenho obtido no instrumento indicou..."
Inferência clínica	"Os dados sugerem..."
Hipótese	"Considera-se a hipótese de..."
Limitação	"Os dados disponíveis não permitem concluir..."

Essa gramática da atribuição tem um efeito clínico preciso, que o Capítulo 11 retomará: o "observa-se que..." é um operador de descentramento. Ele retira a pessoa, o Eu do(a) estagiário(a), do centro do texto ("acredito que...", "senti que...") e o reposiciona como função de registro – o que protege o paciente da opinião e o(a) estagiário(a) da própria contratransferência. Graduar a certeza ("é compatível com", "sugere", "não permite concluir") não enfraquece o documento; demonstra precisão epistemológica.

3.4. O registro mínimo: a evolução em prontuário

Uma nota de evolução suficiente permite que outro(a) estudante/profissional compreenda o essencial do atendimento sem transformar o prontuário em transcrição. Sua espinha dorsal: **situação** (modalidade, contexto do encontro) + **informação clinicamente relevante** (mudanças, eventos, sintomas pertinentes) + **intervenção realizada** + **avaliação** (incluindo risco, quando indicado) + **plano** (continuidade, encaminhamento, decisão). Compare-se: "Sessão realizada. Paciente falou

de problemas. Seguem os atendimentos" – nota que nada documenta – com: "Atendimento individual. A paciente relatou intensificação da insônia após mudança no trabalho, sem ideação suicida atual. Exploraram-se fatores precipitantes e recursos previamente eficazes. Mantido acompanhamento semanal; acordada atenção ao padrão de sono na próxima sessão. Próxima sessão agendada para...". Na clínica-escola, as evoluções seguem ainda os requisitos institucionais: registro após a correção do(a) orientador(a), em ordem cronológica, com a data do atendimento correspondente e periodicidade semanal.

O registro de **risco** merece parágrafo próprio: "paciente em risco" é formulação insuficiente, enquanto "paciente sem risco" constitui conclusão excessivamente absoluta. Devem ser registrados o conteúdo relatado, sua temporalidade, a presença de intenção, o plano e o acesso a meios, os fatores de proteção identificados, a avaliação clínica realizada, as ações adotadas e as orientações fornecidas. Sempre que forem constatados elementos de risco, o(a) supervisor(a)/orientador(a) deverá ser contatado(a) imediatamente, sem que essa comunicação seja postergada até o

encontro regular de supervisão. O prontuário deve refletir tanto a avaliação efetuada quanto as condutas discutidas e as orientações dirigidas ao(à) estagiário(a), de modo a assegurar continuidade, rastreabilidade e responsabilidade institucional no manejo do caso.

3.5. O relatório técnico: uma cadeia argumentativa

O relatório psicológico não é uma versão ampliada do prontuário: é a resposta técnica a uma pergunta ou demanda específica. No Centro Universitário São Camilo, sua elaboração constitui atividade obrigatória para a conclusão e a aprovação no estágio, razão pela qual os (as) estagiários(as) devem necessariamente produzi-lo ao final dos atendimentos. As demais modalidades documentais são apresentadas neste livro porque, embora não integrem obrigatoriamente essa atividade acadêmica, poderão ser requeridas no exercício profissional futuro e, portanto, precisam ser conhecidas em suas finalidades, limites e requisitos técnicos.

A qualidade do relatório mede-se pela integridade da cadeia:

demanda → procedimentos → dados → integração → conclusão → recomendações.

Quando essa cadeia se rompe, surgem vícios recorrentes: instrumentos sem relação com a demanda, resultados apresentados sem interpretação, conclusões não sustentadas, recomendações genéricas – como “recomenda-se acompanhamento psicológico” – e diagnósticos empregados como explicação totalizante. A Resolução CFP nº 6/2019 estabelece as modalidades documentais – declaração, atestado, relatório, relatório multiprofissional, laudo e parecer – e seus respectivos requisitos. Antes da escolha do formato, contudo, impõe-se a pergunta: **qual é a finalidade legítima desta comunicação e quem será seu destinatário?** O mesmo conteúdo não deve ser redigido da mesma forma para outro(a) psicólogo(a), para a escola, para o Judiciário ou para a família. Tampouco o emprego de jargão constitui, por si só, sinal de rigor; com frequência, pode apenas encobrir imprecisões conceituais ou fragilidades argumentativas. Os modelos operacionais – relatório curto e ampliado, acompanhados de exemplos

anotados – encontram-se no Capítulo 14. Aqui importa reter o princípio: **descrever com precisão, integrar com fundamento e concluir sem extrapolar os dados disponíveis.**

Box interdisciplinar: Registros estruturados em outras abordagens

Estagiários(as) de orientação cognitivo-comportamental conhecerão formatos estruturados de evolução (como as notas do tipo SOAP – subjetivo, objetivo, avaliação, plano – difundidas nos serviços de saúde) e os registros de pensamentos que integram a própria técnica (Beck, 2013). São plenamente compatíveis com os princípios deste capítulo, desde que respeitem a mesma gramática: pertinência, diferenciação de fontes, calibragem/equalização da certeza. Nenhum formato substitui o julgamento sobre o que merece constar.

Em síntese: a escrita clínica é intervenção técnica e ética, não tarefa burocrática. Ela sustenta o tratamento (memória, continuidade), a formação (supervisão) e a instituição (responsabilidade) – e, bem praticada, ensina ao(à) estagiário(a) a operação psíquica mais preciosa da clínica: a passagem da impressão à observação. O capítulo seguinte examina o solo normativo sobre o qual toda essa escrita circula.

04

**ÉTICA, SIGILO E LGPD NA
CLÍNICA-ESCOLA**

MARIANA SALLES KEHL

4.1. Três conceitos que não devem ser confundidos

Privacidade é o direito da pessoa de controlar, dentro de limites legítimos, o acesso à própria vida e às próprias informações – e, na Psicoterapia, é mais que um direito abstrato: é a condição do dizer. **Sigilo** (ou confidencialidade profissional) é o dever, previsto no Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005, art. 9º), de não revelar informações conhecidas em razão da relação clínica, salvo nas hipóteses ética e juridicamente justificáveis. **Proteção de dados** é um regime mais amplo que o sigilo: abrange todo o ciclo de vida da informação – coleta, registro, organização, acesso, uso, compartilhamento, armazenamento e eliminação. Uma clínica pode respeitar escrupulosamente o sigilo verbal e, ainda assim, falhar na proteção de dados: senhas compartilhadas, prontuários fotografados em celulares pessoais, gravações em nuvens particulares, fichas em armários abertos. A Lei nº 13.709/2018 (LGPD) veio precisamente deslocar a lógica informal do “guardar segredo” para uma lógica institucional de governança responsável dos dados.

Na clínica psicológica, praticamente todo registro envolve **dados pessoais sensíveis** na acepção legal: informações relativas à saúde, à vida sexual, à religião e à origem racial ou étnica, cuja exposição indevida pode produzir discriminação, constrangimento e danos de diversas ordens. Diagnósticos, sintomas, histórico de violência, ideação suicida e resultados de testes exigem, nos termos da LGPD, atenção redobrada e tratamento limitado ao mínimo necessário para as finalidades previamente informadas. Esse cuidado deve ser intensificado nos períodos finais do semestre,

quando aumenta a produção, a revisão e a impressão de relatórios psicológicos. Documentos dessa natureza não devem circular em serviços de reprografia sem que haja garantia efetiva de sigilo, nem permanecer sobre balcões, mesas compartilhadas, impressoras coletivas, pastas abertas ou quaisquer outros locais acessíveis a pessoas não autorizadas. A impressão, o transporte, a entrega, o armazenamento e o descarte desses materiais devem ocorrer de modo controlado, preservando-se a confidencialidade, a integridade das informações e a identificação estritamente necessária do usuário do serviço.

4.2. O paradoxo da clínica-escola

A clínica-escola é simultaneamente serviço de saúde, espaço de ensino, local de supervisão, unidade administrativa e potencial campo de pesquisa. Além do paciente e do(a) estagiário(a), podem ter acesso direto ou indireto às informações: supervisores(as), responsáveis técnicos(as), funcionários(as) administrativos(as), coordenação, equipes de tecnologia. Instala-se assim um paradoxo estrutural: **a formação exige circulação de informação; o sigilo exige limitação dessa circulação**. O desafio ético não é impedir toda circulação – a supervisão é parte do cuidado, não sua violação –, mas garantir que cada acesso tenha finalidade legítima, necessidade demonstrável, extensão mínima e responsabilidade definida.

Duas consequências práticas. Primeira: **sigilo compartilhado não significa acesso irrestrito**. A apresentação de um caso em supervisão – sobretudo em grupo – deve limitar-se ao clinicamente relevante, omitindo ou generalizando nome, endereço, profissões raras, instituições, datas exatas e eventos altamente iden-

tificáveis. O compartilhamento de informações psicológicas em relatórios, evoluções, estudos de caso e supervisões deve ocorrer apenas de forma anonimizada, preservando-se as informações gerais pertinentes aos fins acadêmicos e técnicos. Segunda: a **transparência com o paciente é condição do consentimento**. A pessoa atendida precisa saber, desde o início e em linguagem compreensível, que o atendimento é realizado por estudante em formação, que há supervisão, quem pode acessar os registros, para quais finalidades e quais são os limites do sigilo. Sem isso, o consentimento é incompleto – e a descoberta tardia dessas condições pode ser vivida como falha de transparência e ruptura do vínculo de confiança.

4.3. Princípios da LGPD aplicados à prática

Quatro princípios legais organizam a conduta cotidiana: **necessidade** (tratar o mínimo de dados para a finalidade – a minimização vale para formulários, prontuários, supervisões, apresentações e planilhas); **transparência** (informação clara, precisa e acessível sobre o tratamento dos dados); **qualidade** (exatidão, clareza e atualização); e **adequação** (compatibilidade entre o tratamento e as finalidades informadas). Acrescente-se a **limitação por finalidade**: os dados coletados para o atendimento não se convertem automaticamente em material de pesquisa, aula aberta ou publicação – cada nova finalidade exige base própria, avaliação ética e, quando aplicável, novo consentimento.

O quadro de responsabilidades é distribuído, não delegável em bloco:

Ator	Responsabilidade principal
Instituição	Governança, sistemas, políticas e segurança
Responsável técnico(a)	Organização ética e técnica do serviço
Supervisor(a)/orientador(a)	Orientação clínica e controle da circulação do material
Estagiário(a)	Uso adequado, sigilo e cumprimento dos procedimentos
Setor administrativo	Acesso restrito à função administrativa

4.4. Condutas proibidas e uso de inteligência artificial

O *Manual de Estágio Supervisionado* da instituição (Centro Universitário São Camilo, 2026) explicita condutas expressamente vedadas ao(à) estagiário(a), que este material reitera por sua centralidade: utilizar ferramentas de inteligência artificial para elaboração de relatórios contendo dados sensíveis de usuários; utilizar computadores públicos para acessar prontuários; armazenar registros em dispositivos compartilhados sem proteção; enviar relatórios por redes sociais

ou a terceiros não autorizados; salvar documentos em plataformas pessoais; divulgar conteúdos identificáveis em aplicativos de mensagens; realizar gravações de supervisões ou atividades acadêmicas sem autorização expressa. O princípio subjacente: nenhuma informação sensível deve ser inserida em sistemas de IA sem autorização institucional e técnica expressa, permanecendo a responsabilidade técnica e ética integralmente atribuída ao(à) profissional orientador(a). O descumprimento pode configurar falta ética grave, com reprovação na atividade de estágio.

4.5. Anonimização: retirar o nome não basta

Anonimizar é tratar a informação de modo que ela deixe de poder ser associada a uma pessoa, considerados os meios técnicos razoavelmente disponíveis (Lei nº 13.709/2018, art. 5º, III). Narrativas clínicas, porém, contêm identificadores indiretos: a combinação de idade, profissão, configuração familiar e um evento raro pode (re) identificar alguém mesmo sem nome – risco especialmente alto em comunidades pequenas e em clínicas universitárias. Daí a necessidade de supressão e **rearranjo**: generalizar locais e profissões, substituir datas por períodos, parafrasear citações literais, fundir elementos de casos distintos (declarando-o, quando se tratar de composição). Quanto maior o grau de descaracterização, maior o risco de alterar o sentido clínico; quando a proteção não puder ser garantida, a melhor decisão é não utilizar o caso. O Anexo C detalha a matriz de identificação adotada nesta obra.

4.6. Ruptura de sigilo: a menor revelação necessária

O sigilo não é absoluto – mas sua quebra nunca deve ser tratada como medida corriqueira ou automática. Diante de risco grave (a si ou a terceiros), de exigência legal ou de proteção de pessoa em situação de vulnerabilidade, a decisão de revelar deve ponderar gravidade, iminência, alternativas, destinatário e extensão: **quebra justificada não é divulgação irrestrita**; comunica-se o estritamente necessário à finalidade protetiva, documenta-se o raciocínio e, sempre que possível e seguro, informa-se o paciente. Na clínica-escola, acrescenta-se uma regra de ouro: **o(a) estagiário(a) não decide sozinho(a)**. Situações de possível ruptura de sigilo são acionadas imediatamente junto ao(à) orientador(a) de estágio e ao(à) responsável técnico(a), conforme o fluxo institucional; a urgência não dispensa a supervisão; antecipa-a.

Em síntese: o sigilo permanece a condição da confiança clínica, mas, na clínica-escola, ele só se realiza como governança institucional: finalidade definida, minimização, transparência, supervisão protegida e fluxos claros para incidentes e exceções. Encerrada a Parte I, as sete vinhetas comentadas que seguem mostram esses fundamentos em ato – nos impasses reais dos primeiros atendimentos.

PARTE II

SETE VINHETAS COMENTADAS

A seleção dos sete impasses que organizam esta parte não decorreu das vinhetas disponíveis, mas as precedeu. Os eixos foram definidos previamente, a partir da experiência acumulada em supervisão clínica, e obedeceram a dois critérios articulados: a recorrência – trata-se dos impasses que mais frequentemente retornam às sessões de supervisão dos primeiros atendimentos – e a fecundidade pedagógica, isto é, a capacidade de cada impasse de convocar um operador conceitual distinto e transmissível, evitando a sobreposição temática entre capítulos. Definidos os eixos, cada estagiária foi convidada a escrever, em primeira pessoa, uma vineta extraída de sua própria prática que desse corpo àquele impasse. O conjunto não pretende, portanto, esgotar a fenomenologia dos primeiros atendimentos, nem constitui amostra estatística dos casos atendidos no serviço: constitui uma cartografia deliberada dos pontos em que a formação clínica mais frequentemente vacila – e nos quais a supervisão mais decisivamente opera.

05

**CLÍNICA COM CRIANÇA: JOGO,
ENDEREÇAMENTO E O LUGAR
DOS RESPONSÁVEIS**

ISABELLA SANTIAGO MARION

I. Abertura conceitual

A criança não chega sozinha à clínica – e raramente chega por decisão própria. Ela é trazida: por uma queixa escolar, uma angústia materna, um encaminhamento pediátrico. O primeiro impasse da clínica infantil é, portanto, um impasse de endereçamento: de quem é a demanda? A quem se dirige o sintoma? E onde, nesse circuito de adultos que falam **sobre** a criança, encontrará ela um lugar para falar – ou melhor, para brincar – **por si**? Para o(a) estagiário(a), o atendimento infantil impõe um exercício redobrado de manejo do enquadre: sustentar, ao mesmo tempo, a escuta da criança e o lugar dos responsáveis, sem que a aliança com uns se converta em violação da confiança aos outros.

II. Fundamentação teórica

O brincar é a via régia da clínica com crianças porque é, antes de tudo, trabalho psíquico. Freud (1908/2015b) já reconhecia no brincar infantil o protótipo da atividade criadora: a criança que brinca comporta-se como um poeta, criando um mundo próprio no qual reordena as coisas de um modo que lhe agrada – e, sobretudo, no qual elabora o que lhe acontece. A cena do *Fort-Da* (Freud, 1920/2010b) eleva essa intuição a paradigma: diante da ausência da mãe, o neto de Freud transforma, com um carretel e um fio, a passividade do abandono em atividade simbólica – faz desaparecer e reaparecer, no registro do jogo, aquilo que na vida apenas sofre. Brincar é simbolizar; e é por isso que, na sessão, o brinquedo não é passatempo que precede a “conversa séria”: é a própria conversa.

A análise do pequeno Hans (Freud, 1909/2015a) acrescenta a segunda coordenada: o sintoma da criança fala de um lugar que a excede. A fobia de Hans

se constrói no ponto exato das perguntas sobre o desejo, o nascimento e o lugar que ele ocupa entre o pai e a mãe. Lacan (2003a), em *Nota sobre a criança*, formaliza essa intuição em duas teses de imenso alcance clínico: o sintoma da criança pode representar a verdade do casal parental – respondendo ao que há de sintomático na estrutura familiar –, ou pode realizar a presença do objeto na fantasia materna, quando a criança satura, com seu corpo, a falta em que se sustentaria o desejo da mãe. No primeiro caso, o sintoma é mais dócil à intervenção, pois já é uma formação simbólica; no segundo, a criança encontra-se capturada como objeto e o trabalho será o de reabrir um intervalo. Em *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*, Lacan (1995), relendo Hans, mostra a função do pai – real, simbólico, imaginário – nessa operação de mediação. Para a escuta do(a) estagiário(a), a consequência é direta: escutar a criança é sempre, também, situar a posição que ela ocupa no discurso e no desejo dos que a trazem.

Winnicott (1975) oferece o terceiro eixo: o brincar acontece num espaço potencial – nem dentro, nem fora; entre a realidade psíquica e o mundo – e a Psicoterapia se dá na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. Quando a criança não consegue brincar, o trabalho clínico consiste primeiro em torná-la capaz de brincar. Klein (1997), pioneira da técnica lúdica, legou o dispositivo material – a caixa de brinquedos individual, equivalente da associação livre – e a convicção de que o brincar transfere: nele se atualizam angústias, defesas e objetos internos. Na literatura brasileira, Bernardino (2004) atualiza essas coordenadas para as apresentações contemporâneas da infância, incluindo os quadros em que a estruturação subjetiva/diagnóstico ainda não se decidiu.

Resta o lugar dos responsáveis. A clínica infantil é estruturalmente uma clínica com mais de um: há a transferência da criança e há a transferência dos pais – e o risco permanente do *split* transferencial, em que o(a) terapeuta idealizado(a) pela criança se torna, para os pais, rival persecutório (ou o inverso). Entrevistas com responsáveis, devolutivas periódicas e clareza sobre o que se comunica (e o que se resguarda: o conteúdo das sessões da criança é sigiloso também perante os pais, ressaltadas as situações de risco) constituem o enquadre específico da clínica infantil – enquadre que inclui a frequência, a caixa lúdica, o registro e a explicitação, adequada à idade, do que a criança pode esperar daquele espaço.

Box interdisciplinar

Em outras abordagens, a atenção aos responsáveis assume formas próprias – treinamento parental e análise funcional do comportamento nas terapias comportamentais; ludoterapia centrada na criança na tradição humanista. O ponto de convergência com a Psicanálise é normativo e ético: a criança é sujeito de direitos e de palavra, não objeto de queixa; e nenhuma devolutiva aos responsáveis dispensa o cuidado com o sigilo do que a criança confiou.

III. Vinheta

Minha primeira experiência em prática clínica foi com uma criança em idade escolar – e, por isso mesmo, um espaço que não se restringia à criança, mas incluía também os pais. A paciente chegou à clínica por indicação da escola: chorava com frequência, sendo muitas vezes necessário que o pai a buscasse antes do horário previsto. Só ao longo do processo compreendi que a queixa trazida pela instituição

era, na verdade, a expressão de um funcionamento que se organizava a partir da relação familiar.

Houve um episódio que, penso hoje, revela com nitidez o lugar que os responsáveis ocupavam no atendimento. Ao final de uma das sessões, conduzi a paciente até a recepção – espaço em que outros estagiários e seus pacientes circulavam – planejando despedir-me dos responsáveis como de costume, com o habitual “até semana que vem”. No entanto, ao me verem, os pais começaram a comentar ali mesmo sobre a filha: que a semana havia sido muito difícil, que ela chorara muito na escola, que não sabiam mais o que fazer e que estavam sendo firmes porque esse seria o único jeito de ela obedecer. Além disso, cobraram que eu entrasse em contato com a escola o quanto antes, para explicar que o comportamento da menina não era culpa deles. Não era um comentário isolado, mas uma tentativa de fazer da recepção uma extensão do atendimento – de trazer para um espaço público aquilo que só poderia ser elaborado dentro do espaço clínico, expondo a paciente.

Percebi, naquele momento, que ali não cabia responder aos questionamentos, sobretudo diante da criança, que se mostrou constrangida. Cabia marcar um limite. Respondi que compreendia a preocupação deles, que entraria em contato com a escola caso fosse necessário, mas que aquele não era o espaço para essa conversa – e que, na semana seguinte, poderíamos reservar um momento breve, ao início ou ao final da sessão, para conversarmos. Foi uma intervenção breve e discreta, mas que carregava a decisão de proteger o sigilo e o espaço psicoterapêutico da minha paciente. Reconheço que essa cena diz algo sobre o lugar que os responsáveis ocupavam ao longo de todo o processo: um lugar que, por vezes, buscava atravessar as fronteiras do *setting*, como se a angústia dos pais precisasse de um espaço maior do que aquele reservado à criança – um espaço para si próprios.

Não vou fingir que sabia exatamente o que fazer naquela cena; foi minha primeira experiência lidando com pais que tensionavam o enquadre, e por isso agradeço imensamente às supervisões pelo direcionamento ético.

Esse episódio, somado a outros aspectos observados ao longo do processo, ajudou-me a compreender melhor o funcionamento da paciente. Inicialmente, seu sintoma fora atribuído ao ambiente escolar; contudo, por meio do brincar e das conversas, foi possível ler o caso por outro viés. O choro não se restringia à escola, mas surgia em qualquer espaço em que, para ela, os pais não estivessem seguros. A angústia relacionava-se, assim, à separação e ao medo de que algo acontecesse aos pais enquanto ela estivesse longe – um medo que se articulava a uma relação parental que eu viria a compreender como tensa e, em certa medida, desequilibrada. O pai, com um vínculo profissional instável, encontrava na tarefa de buscar a filha na escola uma função – quase uma justificativa – para permanecer em casa.

O brincar assumiu um papel central como dispositivo simbólico. Foi por meio dele que me conectei ao espaço clínico, acessando o universo infantil junto da criança e podendo compreender seu mundo. É uma ferramenta essencial nos atendimentos com crianças: por meio de jogos e brincadeiras, elas frequentemente elaboram angústias que dificilmente verbalizariam de forma direta. Minha paciente era muito expressiva – gostava de conversar, brincar e contar histórias, e foi por meio desses elementos que a relação com o pai emergiu simbolicamente, de um modo que ela dificilmente teria enunciado de maneira concreta.

O momento da devolutiva aos responsáveis foi aquele em que a leitura do caso precisava ganhar voz – e também em que mais hesitei, com mais receio de errar.

A hesitação não dizia respeito ao conteúdo compreendido ao longo do processo, mas a como traduzi-lo em linguagem clara para os pais: como explicar o entendimento do caso e mostrar que a queixa inicial não se restringia àquilo que constava no prontuário. Como a cada atendimento, preparei-me ativamente; com o auxílio da minha supervisora, pude estruturar o que dizer e como dizer. Expliquei aos responsáveis de que modo, junto da supervisão, havíamos compreendido o sintoma da criança em relação à constelação parental, orientei-os quanto à continuidade necessária do acompanhamento e, ao final, sugeri que ambos também buscassem acompanhamento psicológico. Foi o ponto em que mais me senti hesitante, com receio de que interpretassem mal a sugestão; contudo, eles compreenderam as explicações e concordaram com os pontos levantados.

A supervisão configurou-se como espaço fundamental nessa primeira experiência clínica. Ao dividir com as colegas e com a professora supervisora as dúvidas e o que observava ao longo dos atendimentos, tornou-se possível organizar o caso com muito mais clareza, tecendo diferentes hipóteses clínicas sobre os movimentos da paciente – hipóteses ancoradas em referenciais psicanalíticos como Freud, Lacan e Winnicott. Essas referências não operavam como normas fixas a serem impostas ao caso, mas como material de apoio que ajudava a pensar e a dar contorno àquilo que, na sessão, ainda aparecia pouco elaborado. Ao retomar essa experiência enquanto escrevo, percebo que as construções elaboradas em supervisão foram o que me permitiu conduzir o atendimento. Ali compreendi melhor a dinâmica da relação analista-paciente, considerando, nessa mesma relação, o lugar dos pais no contexto clínico – e foi a partir dessa compreensão que entendi a posição ética que o estagiário em Psicologia deve assumir.

IV. Decisões de manejo e comentário teórico-clínico

A vinheta condensa, numa única cena, o impasse que dá título ao capítulo. A recepção invadida pela queixa dos pais não é um contratempo de bastidores: é a própria estrutura da clínica infantil se manifestando – a clínica com mais de um, em que a angústia dos responsáveis pressiona as fronteiras do espaço reservado à criança. Comentemos as decisões à luz dos operadores gerais.

1. Instituir o duplo enquadre – e sustentá-lo quando ele é testado

A cena da recepção é uma aula sobre o que significa, na prática, o “enquadre específico da clínica infantil” que o item II descreveu. Os pais tentam converter um espaço público em extensão do atendimento e a decisão da estagiária – reconhecer a preocupação, não respondê-la ali, e remeter a conversa a um tempo próprio dentro do dispositivo – é exemplar por três razões simultâneas. Primeiramente, protege o sigilo da criança, que assistia constrangida à exposição de seu sofrimento. Em segundo lugar, não rejeita os pais: acolhe a angústia e lhe oferece um lugar, em vez de recusá-la. Em terceiro e decisivo lugar, institui retroativamente o duplo enquadre que talvez não estivesse suficientemente explicitado desde o início – a lição técnica que a própria autora extrai ao reconhecer que era sua “primeira experiência lidando com pais que tensionavam o enquadre”. O comentário que o capítulo pode acrescentar é que a devolutiva regular, combinada como “momento breve ao início ou ao final da sessão”, é precisamente o antídoto estrutural para a invasão: quando os pais sabem que há um lugar previsto para sua palavra, diminui a pressão para que ela irrompa no lugar errado.

2. Escutar a demanda parental como material, não como ordem

A cobrança para que a estagiária “entrasse em contato com a escola o quanto antes, para explicar que o comportamento da menina não era culpa deles” é o exemplo perfeito da demanda que não deve ser respondida em seu registro literal. Lida ao pé da letra, ela transformaria a terapeuta da criança em informante e advogada dos pais perante a instituição. Lida como material, ela revela o essencial: a angústia parental de serem eles os culpados – angústia que, como a autora percebeu com precisão, pedia “um espaço para si próprios”. Não por acaso, o desfecho do caso é a indicação de acompanhamento para os próprios responsáveis. A recusa a responder à demanda no seu registro imediato não foi um “não” à angústia dos pais; foi a condição para reendereçá-la ao lugar em que poderia ser efetivamente trabalhada.

3. Sustentar o brincar como via de simbolização

A vinheta oferece a demonstração clínica exata da tese de que “brincar é simbolizar”. O sintoma chega rotulado pela escola (“chora demais”) como se fosse um traço da criança ou um problema escolar. É pelo brincar, pelas histórias e pelas conversas que a estagiária acesa o que o rótulo encobria: que o choro não era escolar, mas surgia “em qualquer espaço em que, para ela, os pais não estivessem seguros”. A angústia de separação e o medo de que algo acontecesse aos pais – conteúdo que a criança “difícilmente teria enunciado de maneira concreta” – emergem no registro do jogo, exatamente como o *Fort-Da* freudiano (Freud, 1920/2010b) e o espaço potencial winnicottiano (Winnicott, 1975) fazem prever. Aqui a vinheta corrige, na prática,

o erro mais comum do(a) iniciante diante da criança: tomar a queixa do adulto como diagnóstico e o brincar como passatempo. Foi o inverso – levar o brincar a sério como fala – que reabriu a leitura do caso.

4. Situar o sintoma na estrutura, não na criança isolada

Este é o eixo em que a vinheta mais claramente encarna a “Nota sobre a criança” (Lacan, 2003a). O sintoma da menina – o choro, a angústia de separação – não fala apenas dela: fala de um lugar que a excede. A leitura que a estagiária constrói é notável em sua sobriedade: o pai, com vínculo profissional instável, “encontrava na tarefa de buscar a filha na escola uma função – quase uma justificativa – para permanecer em casa”. O sintoma da criança e a posição do pai estão enlaçados; o choro que “chama o pai para casa” pode ser lido como resposta a algo que se passa na dinâmica parental e não como déficit individual da menina. É essa leitura estrutural que fundamenta, sem culpabilizar, a indicação de acompanhamento aos pais – decisão que o item II antecipa como manejo próprio de quando “o sintoma da criança representa a verdade do casal parental”. Vale sublinhar, para o(a) leitor(a) iniciante, a diferença ética decisiva: situar o sintoma na estrutura familiar não é atribuir culpa aos pais; é reconhecer que a criança responde, com seu sofrimento, a um lugar que não escolheu ocupar – e oferecer a todos, inclusive aos responsáveis, uma via de elaboração.

Convém, por fim, um comentário sobre o que a vinheta demonstra a respeito da hesitação. A autora nomeia com franqueza o momento de maior receio: a devolutiva, e sobretudo a sugestão de que os

pais buscassem acompanhamento. Essa hesitação não é fraqueza técnica: é o afeto que sinaliza a passagem de uma leitura clínica a um ato de responsabilidade, e é precisamente o tipo de material que o Capítulo 8 situa como próprio da função da supervisão. Que a hesitação tenha sido elaborada em supervisão antes da devolutiva – “pude estruturar o que dizer e como dizer” – e não atuada na sessão (por omissão da indicação ou por sua formulação abrupta) é o que fez dela um recurso e não um obstáculo. O caso ensina, assim, uma lição que excede a clínica infantil: a devolutiva difícil não se improvisa nem se evita; prepara-se, no terceiro tempo da supervisão.

V. Lições para a supervisão e perguntas para o(a) leitor(a)

A supervisão da clínica infantil dedica atenção particular a dois possíveis pontos cegos: a identificação do(a) estagiário(a) com a criança em oposição aos pais – ou com os pais em oposição à criança – e a inclinação pedagógica a “ensinar” em lugar de escutar. Perguntas que este capítulo deixa abertas: 1) A quem você responde quando redige uma devolutiva – à criança, aos pais, à instituição? 2) O que, no seu próprio romance familiar, é convocado quando um pai ou uma mãe o(a) confronta? 3) Quando o brincar de uma criança o(a) angustia, o que exatamente está sendo mostrado? 4) Que diferença faz, para a direção do tratamento, supor que o sintoma da criança é resposta – e não déficit? A quarta pergunta conduz diretamente ao próximo capítulo: se o sintoma é endereçado, é a transferência – e seu correlato inevitável, a contratransferência – que precisamos agora interrogar.

06

**TRANSFERÊNCIA E
CONTRATRANSFERÊNCIA NOS
PRIMEIROS ATENDIMENTOS**

**BRUNA BALDERRAMA
DOS REIS PERCEBÃO**

I. Abertura conceitual

Há um instante, nos primeiros atendimentos, em que o(a) estagiário(a) percebe que deixou de ser apenas ele(a) mesmo(a): tornou-se, para o paciente, alguém investido de um lugar – o que sabe, o que salva, o que julga, o que pode abandonar. Esse instante, frequentemente vivido com um misto de honra e pânico, é a entrada em cena da transferência. E há um segundo instante, menos confesável, em que o(a) estagiário(a) percebe que também o paciente se tornou alguém para ele(a): o que comove, o que irrita, o que dá sono, o que se parece demais com alguém de casa. Esse é o campo da contratransferência¹ – que este capítulo propõe tratar não como falha pessoal, mas como índice clínico. Nenhum capítulo desta Parte II prescinde do presente: ele é a base conceitual de todos os impasses que seguem.

II. Fundamentação teórica

Freud (1912/2010a) descreve a dinâmica da transferência como a atualização dos clichês libidinais do sujeito na relação com o analista – com uma partição técnica decisiva: a transferência positiva sublimada é motor do trabalho; a erótica intensa e a negativa operam como resistência, servindo-se da relação para interromper a rememoração. Em *Observações sobre o amor de transferência* (Freud, 1915/2010e), a orientação de manejo se cristaliza: nem corresponder, nem exortar à renúncia, nem fingir que nada ocorre – mas reconhecer o amor de transferência como verdadeiro em sua experiência, ainda que constitua uma reedição de

protótipos infantis e deva ser trabalhado a partir de suas origens inconscientes. E nas *Recomendações aos médicos* (Freud, 1912/2010f), o instrumento do analista é nomeado: a atenção flutuante, correlato da associação livre, e a exigência de que aquele que escuta se purifique – pela análise pessoal – daquilo que, nele, faria obstáculo à escuta.

Lacan (1992a) relança a questão em dois tempos. Em *O Seminário, livro 8: a transferência*, pela via de *O Banquete* de Platão: a transferência tem a estrutura do amor e o analista é posto no lugar do *eromenos*, o amado que supostamente contém o objeto precioso (*ágalma*) – cabendo-lhe não se identificar com o lugar de depositário desse objeto. Em *O Seminário, livro 11* (Lacan, 2008), pela via epistêmica: a transferência é a atualização da realidade do inconsciente e seu pivô é o **sujeito suposto saber** – desde que haja, em algum lugar, suposição de saber sobre o sintoma, há transferência, e o analista funciona como seu suporte. Em *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (Lacan, 1998a), a consequência técnica: o analista dirige o tratamento, não o paciente; e paga – com palavras, com sua pessoa, com seu ser – o preço de sustentar uma posição, não de oferecer garantias.

Quanto à contratransferência, o século XX produziu uma reviravolta. De obstáculo a ser eliminado (posicionamento teórico do primeiro ensino de Freud), ela passa, com Heimann (1950), a instrumento: a resposta emocional do analista ao paciente é uma das mais importantes vias de acesso ao inconsciente deste – o analista sente, na própria contratransferência, algo que o paciente ainda não

¹A noção de contratransferência não ocupa o mesmo estatuto em todas as tradições psicanalíticas. Na obra de Jacques Lacan, ela é objeto de crítica na medida em que tende a reconduzir a experiência analítica a uma psicologia de duas pessoas. Em seu lugar, Lacan (1998a, 2008) desloca o foco para a transferência como fenômeno estruturado pela suposição de saber e para o desejo do analista como operador da direção do tratamento. Nessa perspectiva, a análise não se organiza a partir da interação entre duas subjetividades equivalentes, mas da posição que o analista sustenta na estrutura da transferência. O emprego do termo “contratransferência” neste livro acompanha a tradição clínica inaugurada por Freud e desenvolvida por autores como Paula Heimann, Heinrich Racker e Thomas Ogden, sem desconhecer as importantes reformulações propostas pela orientação lacaniana.

pode dizer. Winnicott (2000), em *O ódio na contratransferência*, radicaliza: diante de certos pacientes, o ódio **objetivo** do analista – resposta real ao que o paciente faz – não só é inevitável como precisa ser reconhecido e, no tempo certo, tornar-se interpretável; negá-lo é que é perigoso. A posição lacaniana desloca o eixo: mais que catalogar sentimentos, importa o **desejo do analista** como função – aquilo que mantém a distância entre a identificação e o lugar que o dispositivo exige. Entre os comentadores brasileiros, Quinet (2009) sistematiza as condições da análise (entrevistas preliminares, transferência, dinheiro, interpretação, mais o analista) e Coutinho Jorge (2017) percorre a articulação entre transferência e fantasia. As manobras de escuta dos primeiros atendimentos – o silêncio que dá lugar, a pontuação que sublinha, a escansão que corta no ponto de enigma – são a tradução tática de tudo isso: intervenções mínimas, de máxima precisão.

Box interdisciplinar

O fenômeno que a Psicanálise nomeia contratransferência é reconhecido, sob outros nomes, por todas as abordagens: “reações do terapeuta” na literatura cognitivo-comportamental, ruptura da congruência na tradição rogeriana. A convergência prática: as respostas emocionais do(a) terapeuta são dados a examinar (em supervisão), nunca condutas a atuar (na sessão).

III. Vinheta

Minha experiência inaugural na clínica-escola foi marcada pelo atendimento de uma pré-adolescente, encaminhada em razão de intensa timidez. Desde a

leitura do prontuário, percebi que a ansiedade já ocupava um lugar importante em minha experiência como estagiária. Perguntava-me se seria capaz de conduzir um atendimento em que o sofrimento não se apresentava de maneira evidente. Naquele momento, ainda compreendia a clínica como um espaço em que o analista deveria encontrar perguntas, interpretações e intervenções capazes de favorecer o andamento das sessões.

No primeiro atendimento, a paciente entrou acompanhada da mãe, apresentou-se quieta, cabisbaixa e visivelmente angustiada, limitando-se com frequência a dizer “não sei” ou “normal”. Entre uma intervenção e outra, o silêncio ocupava grande parte do encontro – e esse silêncio era vivido por mim como sinal de fracasso clínico. A cada pausa, eu me sentia perdida, buscando mentalmente perguntas ou interpretações que dessem continuidade à conversa. Embora externamente eu permanecesse em silêncio ao lado da paciente, internamente minha atenção estava voltada para a minha própria necessidade de encontrar uma intervenção que rompesse aquela quietude.

Um dos aspectos que mais me inquietavam era justamente o silêncio, que se tornava um evento corriqueiro e, com o tempo, esperado. À medida que o processo avançava, comecei a perceber que aquele silêncio não possuía um único significado. Foi em meio a ele que percebi algo que, naquele momento, ainda não sabia nomear: não era de mim que a paciente parecia esperar uma resposta, uma pergunta certa ou uma intervenção. O que emanava de sua postura – o corpo encolhido, o olhar que evitava o meu, cada “não sei” – parecia menos um pedido de que eu dissesse algo e mais um desejo de que aquele tempo, simplesmente, passasse. Não era a mim que ela parecia temer ou aguardar, mas o próprio enqua-

dre: estar ali, sustentada por cinquenta minutos num espaço que a expunha, era, em si, a fonte da angústia.

Diante disso, compreendi que minha tentativa de preencher os silêncios com perguntas ou comentários, em vez de aliviar a angústia, talvez a intensificasse: cada intervenção minha era mais um lembrete de que o tempo da sessão ainda não havia se esgotado. Foi na supervisão que pude começar a diferenciar duas coisas: a angústia dirigida à situação analítica como tal – e não a mim, como figura que soubesse algo sobre ela – e a compreensão de que sustentar o silêncio, ali, não era uma falha de intervenção, mas talvez a única forma de não acrescentar mais peso a um enquadre já vivido como insuportável.

A partir dessas inquietações, passei a refletir sobre o que poderia favorecer a construção do vínculo terapêutico sem romper o enquadre clínico. Procurei conhecer aspectos do universo da paciente – filmes, desenhos e músicas pelos quais demonstrava interesse –, compreendendo que tais elementos poderiam funcionar como mediadores da relação. Aos poucos, esse movimento pareceu contribuir para que eu deixasse de ocupar exclusivamente o lugar de uma figura estranha, tornando-me alguém diante de quem ela pudesse construir, gradativamente, um espaço de confiança e de escuta.

Um dos momentos que mais mobilizaram minha reflexão sobre a dinâmica transferencial ocorreu numa sessão em que a paciente passou a responder às minhas intervenções de maneira significativamente diferente da observada até então. Se, nas sessões anteriores, suas respostas eram marcadas por longos intervalos de silêncio e hesitação, naquele encontro passaram a surgir de forma imediata, breve e incisiva. A mudança

provocou em mim intensa angústia, levando-me, inclusive, a encerrar a sessão antes do horário previsto. Naquele momento, atribuí a mudança de postura a uma possível falha na condução do atendimento, questionando-me sobre o que teria feito para provocar aquela reação. Foi apenas na supervisão que pude compreender que a angústia experimentada naquele encontro não dizia respeito exclusivamente à paciente, mas também aos efeitos produzidos em mim pela relação transferencial estabelecida no processo.

A supervisão constituiu um espaço fundamental para a elaboração dessas experiências. Ao compartilhar as dificuldades encontradas, foi possível construir, junto da professora supervisora e das colegas, diferentes hipóteses clínicas acerca dos movimentos apresentados pela paciente e dos afetos mobilizados em mim durante as sessões. Esse espaço permitiu que aquilo que inicialmente era vivido apenas como impasse passasse a ser compreendido como parte do próprio processo analítico, favorecendo uma escuta menos orientada pela necessidade de produzir respostas imediatas e mais atenta à singularidade da relação estabelecida em cada encontro.

As discussões desenvolvidas em supervisão, articuladas às leituras de Freud e Lacan, também ofereceram referenciais importantes para a construção de hipóteses clínicas e para orientar meu manejo diante das dificuldades encontradas. Mais do que fornecer respostas definitivas, esses referenciais ampliaram minha compreensão sobre a dinâmica transferencial, sobre os efeitos contratransferenciais mobilizados em mim e sobre a posição que eu ocupava naquela relação. Vale ressaltar que nenhuma dessas hipóteses pretendia explicar definitivamente o funcionamento psíquico da paciente:

serviam como caminhos possíveis para orientar minha escuta e meu manejo.

Ao revisitar essa experiência, compreendo que a principal transformação ocorreu em minha posição como analista em formação. Se, nos primeiros atendimentos, eu acreditava que deveria ocupar o lugar daquela que saberia conduzir a sessão por meio das intervenções adequadas, o próprio processo clínico mostrou os limites dessa expectativa. Sustentar o silêncio deixou de significar ausência de trabalho e passou a constituir uma forma de escuta. A elaboração realizada em supervisão permitiu reconhecer que a transferência não se expressava apenas nas palavras da paciente, mas também na maneira como ela se relacionava com a minha presença, o meu olhar e o lugar que eu ocupava para ela. Do mesmo modo, os afetos mobilizados em mim deixaram de ser compreendidos como obstáculos pessoais e passaram a integrar o próprio trabalho clínico – desde que reconhecidos, interrogados e elaborados. Foi nesse deslocamento, mais do que em qualquer intervenção específica, que comecei a compreender a posição ética exigida do analista em formação.

IV. Decisões de manejo e comentário teórico-clínico

Esta vinheta apresenta uma lição contraintuitiva sobre a própria transferência: nem sempre o paciente nos coloca no lugar de “aquele que sabe”. Às vezes, o que a transferência atualiza não é um endereçamento à pessoa do analista, mas uma relação com o enquadre – e confundir uma coisa com a outra é a matriz de um erro de manejo muito comum no início. A autora percorre esse aprendizado com rara precisão e é ele que estrutura o comentário. Vejamos as decisões à luz dos operadores gerais.

1. Não responder no registro da demanda – inclusive quando a “demanda” é o silêncio

O primeiro movimento da estagiária foi tratar o silêncio como um vazio a preencher: “buscando mentalmente perguntas ou interpretações que dessem continuidade”. A vinheta demonstra, com honestidade, por que esse impulso falha: cada intervenção, longe de aliviar, “era mais um lembrete de que o tempo da sessão ainda não havia se esgotado”. Aqui o operador ganha uma inflexão que vale explicitar ao(à) leitor(a): não responder no registro da demanda inclui não responder à própria demanda – a do terapeuta, de romper o silêncio para aplacar a angústia. O silêncio da paciente não era um pedido de fala endereçado à analista; era a expressão de uma angústia dirigida à situação analítica como tal. Sustentá-lo, como a autora indica, “não era uma falha de intervenção, mas talvez a única forma de não acrescentar mais peso a um enquadre já vivido como insuportável”. A abstenção, aqui, era a intervenção.

2. Distinguir sentir de agir – e o relato honesto de uma atuação

O eixo ético da vinheta é a sessão encerrada antes do horário, quando a paciente muda de postura e passa a responder de forma “imediata, breve e incisiva”. A autora não esconde o que fez: a angústia a levou a interromper o encontro. Este é o exemplo, valioso justamente por ser assumido, do que o operador previne – o afeto contratransferencial que, não elaborado, funda uma decisão técnica (encerrar a sessão) em vez de ser levado à supervisão. Convém comentar ao(à) leitor(a) que o mérito da vinheta não está em ter evitado a atuação (ela ocorreu), mas em tê-la reconhecido e elaborado depois: foi

só na supervisão que a estagiária “pôde compreender que a angústia não dizia respeito exclusivamente à paciente, mas aos efeitos produzidos em mim pela relação transferencial”. É a passagem, nos termos de Heimann (1950) que o item II mobiliza, do afeto vivido como obstáculo ao afeto lido como via de acesso – o analista sentiu, na própria angústia, algo que a mudança da paciente havia mobilizado e que ainda não podia ser dito.

3. Usar as manobras mínimas – e o valor clínico do universo do paciente

A vinheta oferece um exemplo delicado de manobra mínima adaptada à clínica com uma pré-adolescente: aproximar-se dos filmes, desenhos e músicas de seu interesse, “compreendendo que tais elementos poderiam funcionar como mediadores da relação”. Vale sublinhar que isso não é abandono do enquadre nem “amizade” com a paciente – é a construção de uma via de endereçamento que permite à analista “deixar de ocupar exclusivamente o lugar de uma figura estranha”. A manobra é mínima no sentido preciso do operador: não force interpretações genéticas sobre a timidez ou sobre a relação com a mãe; ofereça, antes, as condições para que um vínculo se instale e a palavra possa, eventualmente, advir. Interpretar a causa da timidez naquele momento inicial seria correto talvez em conteúdo, mas prematuro em função.

4. Sustentar o lugar sem encarná-lo – e a descoberta de que o lugar era outro

A contribuição mais fina da vinheta ao capítulo é epistemológica. A autora chega esperando ocupar o lugar do sujeito suposto saber – “aquele que saberia conduzir a sessão por meio das intervenções adequadas” – e descobre que a

paciente não o convocava a esse lugar. A transferência, aqui, não tinha a forma do endereçamento a um saber, mas a de uma relação de angústia com o próprio dispositivo. Reconhecer isso é o que impede o erro: se a estagiária tivesse insistido em encarnar o lugar de quem sabe – multiplicando perguntas e interpretações –, teria agravado a angústia em vez de escutá-la. A formulação final da autora – a transferência “não se expressava apenas nas palavras da paciente, mas na maneira como ela se relacionava com minha presença, meu olhar e o lugar que eu ocupava para ela” – é uma tradução precisa do que significa sustentar um lugar sem confundi-lo com a própria pessoa. O analista é o suporte da transferência, não seu proprietário; e às vezes, como esta vinheta ensina, o suporte que se oferece é, antes de tudo, a própria constância de uma presença que não recua diante do silêncio.

Uma observação final: o caso encena, com clareza exemplar, a tese que percorre toda a Parte II deste livro: os afetos do analista “deixaram de ser compreendidos como obstáculos pessoais e passaram a integrar o próprio trabalho clínico, desde que reconhecidos, interrogados e elaborados”. Da criança que só “não sabe” (Capítulo 8) à cadeira que se esvazia (Capítulo 7), do caso que toca o analista (Capítulo 11) ao paradoxo institucional (Capítulo 10), o que se repete é este movimento – do afeto vivido como falha ao afeto elaborado como instrumento, com a supervisão como o lugar, por excelência, em que a travessia se realiza. Se o Capítulo 5 nos apresentou a criança cujo sintoma se lê na estrutura, é aqui, no encontro com o que o paciente mobiliza em nós, que a Parte II encontra seu operador central: não há manejo da transferência sem elaboração da contra-transferência. Por isso este capítulo fun-

ciona como a chave conceitual dos que se seguem – cada impasse posterior, das faltas às ressonâncias pessoais, será uma variação sobre o que aqui se estabelece.

V. Lições para a supervisão e perguntas para o(a) leitor(a)

A supervisão é o destino natural da contratransferência: o que não pode ser dito ali tende a ser atuado na sessão.

Perguntas abertas: 1) Que paciente você “leva para casa” – e o que, dele, dorme na sua casa desde antes dele? 2) Quando você explica demais, a quem está tentando convencer? 3) Que diferença há entre ser afetado(a) pelo paciente e responder-lhe em ato? 4) Se a transferência é o motor, o que acontece quando o paciente simplesmente não vem? A última pergunta é o tema exato do próximo capítulo: as faltas.

07

FALTAS E ADESÃO: SINTOMA, ENQUADRE E REDE

YASMIN FLAIBAN MUZETI

I. Abertura conceitual

Poucas experiências são tão formativas – e tão potencialmente desestabilizadoras para o narcisismo do(a) iniciante – quanto a cadeira vazia. O paciente falta e o(a) estagiário(a) oscila entre a autoacusação (“errei em algo”), o moralismo (“ele não se compromete”) e o alívio culpado. Este capítulo propõe uma terceira via: ler a falta como fenômeno clínico. Nem toda ausência é resistência; nem toda ausência é acaso; nenhuma ausência, porém, é muda. Entre o reducionismo administrativo do *no-show* e a interpretação selvagem que transforma o ônibus atrasado em recusa edípica, há um campo de leitura que articula sintoma, enquadre e rede – e é nesse campo que se decide, muitas vezes, a continuidade de um tratamento.

II. Fundamentação teórica

O texto *princeps* é “Recordar, repetir e elaborar” (Freud, 1914/2010g): o que o paciente não pode recordar, ele repete – em ato, na relação com o analista, **dentro e fora** do enquadre. A falta pode ser precisamente isso: um agir no lugar de um dizer. Freud já havia formulado, em *A dinâmica da transferência* (1912/2010a), a noção de resistência de transferência: nos pontos em que o material se aproxima do conflito, a relação com o analista é convocada como campo de batalha – e faltar pode ser a forma mais econômica de vencer uma batalha que não se sabe estar travando. Em *Sobre o início do tratamento* (Freud, 1913/2010h), as regras do jogo – hora marcada, reserva do horário, responsabilidade pela sessão perdida – são apresentadas não como burocracia, mas como aquilo que dá à repetição um anteparo contra o qual ela possa se ins-

crever e ser lida.

Lacan (2008) fornece as categorias diferenciais. Em *O Seminário, livro 11*, desenvolve o par *tiquê* e *autômaton*, herdado de Aristóteles: o *autômaton* é a rede dos significantes, o retorno regular regido pelo princípio do prazer; a *tiquê* é o encontro – sempre faltoso – com o real, aquilo que escapa à rede e insiste como trauma. Uma falta pode pertencer ao *autômaton* (repetição previsível, quase ritual, que se lê na série) ou irromper como *tiquê* (a ausência que segue a sessão em que algo de insuportável foi tocado). Em *O Seminário, livro 10: a angústia* (Lacan, 2005), a distinção entre *acting out* e passagem ao ato refina a leitura: o *acting out* é mostraçã, mensagem endereçada ao Outro que pede decisão – o paciente que falta “para ver se o terapeuta liga” está em cena, ainda no teatro da transferência; a passagem ao ato, ao contrário, é saída de cena, deixar-se cair fora do campo do Outro – o abandono silencioso e definitivo. A primeira convoca manejo; a segunda, prevenção.

Resta a dimensão que nenhuma hermenêutica deve recalcar: as condições objetivas. Transporte caro, escala de trabalho imprevisível, filhos sem cuidador – a clínica-escola atende uma população para a qual a falta é, muitas vezes, efeito da precariedade, não do inconsciente. Figueiredo (2004) oferece o operador que impede tanto o psicologismo quanto o sociologismo: a construção do caso clínico como trabalho coletivo que situa cada elemento – inclusive a falta – na lógica singular do sujeito e nas coordenadas concretas de sua vida, articulando a rede (saúde, assistência, educação) quando é dela que se trata. Quinet (2002) lembra, por fim, que o sintoma é uma formação que satisfaz – e que a “má adesão” pode ser a forma clínica dessa

satisfação paradoxal que o tratamento vem, justamente, incomodar.

III. Vinheta

Minha primeira experiência de estágio clínico foi marcada por um dos impasses mais desestabilizadores para o narcisismo da maioria dos iniciantes: a não adesão de um paciente. Muito além de um caso clínico interrompido, o período foi acompanhado por um processo íntimo de libertação da culpa – o aprendizado de compreender a falta como fenômeno clínico, e não como falha pessoal e profissional.

Ao longo do semestre, estavam previstos cerca de dez a doze atendimentos, dos quais pude realizar apenas três. A paciente, doravante denominada “A.”, é uma mulher na faixa dos 40 anos, que buscou voluntariamente os serviços da clínica-escola com queixas relacionadas ao luto, ao ressentimento, à sobrecarga associada à maternidade solo, à baixa autoestima e à autodepreciação, e a uma profunda “paralisação emocional” – apresentou-se consciente de seus sentimentos e de sua situação, mas estagnada, sem conseguir agir diante disso. As demandas vinham atravessadas por um superego de caráter sádico e autopersecutório, acompanhado de uma postura de autorrenúncia constante, em que ela se privava de momentos de prazer e felicidade por sentir que “não merecia” tais sentimentos diante do que atravessava. Nos três primeiros – e únicos – atendimentos, apresentou-se em estado catártico: choro, pensamentos negativos excessivos e uma busca silenciosa por acolhimento e alívio. Minha postura inicial foi a de oferecer um espaço de escuta que não reproduzisse aquela cobrança interna, permitindo que o processo fluísse sem o julgamento moral que ela já recebia de familiares e, sobretudo, de si mesma. No

início, as faltas eram alternadas – veio à primeira sessão, faltou na seguinte, compareceu mais uma vez, ficou duas semanas sem aparecer – e justificadas por barreiras ocasionais e por responsabilidades de cuidado, o que me levava a interpretar a cadeira vazia apenas como efeito da realidade objetiva.

O ponto de virada ocorreu após a terceira sessão. Ao tentar realizar uma intervenção sobre um assunto a partir do qual interpretei certa esquivia por parte da analisanda, possivelmente instalei, sem saber, o cenário para o abandono definitivo. Após esse encontro, “A.” ligou uma única vez para a clínica para justificar a ausência e, a partir de então, a ausência impôs-se de forma permanente. Creio que, na clínica psicanalítica iniciante, o medo maior que nos acompanha quase fisicamente durante os primeiros processos é o de intervir – e, por isso, é à intervenção que se atribui a primeira culpa. Foi assim que os enigmas da ausência surgiram: teria o trabalho tocado em algo insuportável? Qual foi minha falha na formação do vínculo? A culpa emergiu também diante da perspectiva do desligamento oficial; a moralidade e a “fantasia da volta” mantiveram-me em uma posição de espera ansiosa, na crença de que não seria justo desligar alguém com uma realidade tão dura e em estado de vulnerabilidade emocional. Foi preciso a mediação da supervisão para transformar essa angústia em pensamento clínico.

Em supervisão, concluímos que, no caso de “A.”, a falta se apresentou em uma gradação complexa. Inicialmente, as ausências justificadas pela sobrecarga de trabalho e de cuidados familiares podiam ser lidas como efeito de condições objetivas e de precariedade. O abandono definitivo após uma sessão de maior tensão, contudo, sugere um cenário de resistência clínica. A ausência configurou-se, afinal, como uma saída de cena silenciosa: a pa-

ciente deixou de endereçar mensagens ao Outro – a estagiária – para “cair fora” do campo da transferência e não ter de tocar naquilo que não se sentia capaz de suportar. Talvez tenha sido uma forma econômica de vencer uma batalha interna contra o superego sádico – principal motor da resistência –, que transformava a busca por cuidado em uma transgressão insuportável para o seu psiquismo. Operando com severidade, esse superego exigia uma autorrenúncia crônica que a impedia de se colocar como prioridade de cuidado, mantendo-a ancorada em um sentimento de incapacidade e desvalorização. Ao ser confrontada, em sessão, com pontos de esquiva ou com a possibilidade de assumir um desejo próprio, a pressão interna tornou-se excessiva, culminando na passagem ao ato.

Sustentar a falta exigiu evitar tanto o moralismo de “cobrar compromisso” e comparecimento quanto a aceitação passiva das ausências como mero acaso sem sentido. Mesmo diante da vontade de “resgatar” a paciente, a técnica prescrevia a abstinência: não satisfazer a demanda de ser a “salvadora”, para que a falta pudesse ser interrogada como material. Como o retorno não ocorreu, a falta tornou-se material de trabalho fundamentalmente na supervisão. Ali, a ausência de “A.” deixou de ser um vácuo administrativo para se tornar um fenômeno clínico a ser lido: a resistência de transferência que surge quando o material se aproxima do conflito que não se quer encarar. O trabalho consistiu em transformar o abandono em elemento da rede de significantes, convertendo a insegurança em instrumento de escuta – e atribuindo à interrupção um sentido que não se reduzisse à culpa, mas apontasse para um cenário de possível resistência.

O processo de atendimento e a oportunidade de participar de supervisões genuinamente abertas e construtivas susci-

taram-me reflexões diversas. Em primeiro lugar, aprendi a olhar para as oportunidades de intervenção de outra maneira: não como algo assustador e perigoso, mas como uma forma de cuidado. Após maior contato com a técnica e a teoria, penso hoje que a angústia do analista de primeira viagem não é um defeito, mas uma condição estrutural – que costuma se manifestar por meio de decisões de enquadre impensadas: falar demais para preencher o silêncio, interpretar precocemente para provar competência, intervir por impulso para ver resultados mais rápidos, muitas vezes “antes da hora”, como eu fiz. Essas decisões partem de uma noção de psicoterapia como ferramenta de cura médica, e não como processo delicado e detalhista; é preciso abandonar a ânsia e o senso comum de que se pode “tratar e resolver” o Outro, para desenvolver a sensibilidade quanto ao momento mais preciso de intervir. Em seguida, pude me aproximar do saber olhar para a cadeira vazia como fenômeno clínico – tanto meu quanto da paciente – e não como falha eterna e irreparável.

O ambiente de supervisão foi, para mim, o “terceiro” necessário que me sustentou ao longo de todo o processo: a culpa pelo possível “erro” cometido, o remorso, a dificuldade de entender e aceitar a escolha da paciente e, acima de tudo, o aprendizado de que, na clínica, nada é mudo – tudo significa um pouco. O silêncio de “A.”, embora tenha encerrado o processo, permanece como uma lição sobre os limites e a ética da hospitalidade clínica.

IV. Decisões de manejo e comentário teórico-clínico

A vinheta tem uma honestidade rara: a autora relata não um caso que conduziu a bom termo, mas um que perdeu – e é precisamente por isso que ela ensina tan-

to. A cadeira que se esvazia de vez, depois de uma intervenção, é o pesadelo do(a) iniciante; transformá-la em fenômeno clínico legível, em vez de veredicto sobre a própria competência, é o trabalho que o capítulo propõe, e que esta vinheta realiza passo a passo.

1. Ler a gradação da falta – não decidir seu sentido cedo demais

O maior acerto de leitura da vinheta é recusar uma explicação única para as ausências. A autora reconstrói uma gradação: primeiramente, faltas alternadas e justificadas por sobrecarga de cuidado e trabalho, legitimamente lidas como efeito de condições objetivas; depois, o abandono definitivo após a sessão de maior tensão. Essa distinção é clinicamente decisiva e corresponde exatamente ao par que o item II formula com Lacan (2008): há a falta que pertence ao *autômaton* – a série previsível, ligada às coordenadas concretas da vida – e há a que irrompe como *tiquê*, o encontro faltoso com o real, a ausência que segue de perto a sessão em que algo insuportável foi tocado. O erro que a vinheta evita é o do(a) iniciante que fixa cedo um sentido – “é só a realidade dela” ou “é pura sabotagem” – e deixa de ler a mudança de estatuto da falta ao longo do tempo.

2. Distinguir *acting out* de passagem ao ato – e o que isso muda no manejo

A autora nomeia o abandono como “saída de cena silenciosa”, em que a paciente “deixou de endereçar mensagens ao Outro para cair fora do campo da transferência”. Trata-se da leitura precisa do que o item II descreve, a partir de *O Seminário, livro 10* (Lacan, 2005), como passagem ao ato – distinta do *acting out*, que ainda é mensagem endereçada, cena

montada para o Outro. A diferença tem consequência técnica direta e vale explicitá-la ao(à) leitor(a): o *acting out* (o paciente que falta “para ver se o terapeuta liga”) convoca manejo – pode ser interrogado, respondido, trabalhado na transferência; a passagem ao ato convoca sobretudo prevenção e, frequentemente, só pode ser lida depois, retroativamente, como foi o caso aqui. Reconhecer que se tratou de passagem ao ato, e não de *acting out*, é o que dispensa a estagiária da “fantasia da volta” e da espera ansiosa: não havia mensagem aguardando resposta; havia uma saída.

3. Ler o motor da resistência – o superego, não o vínculo malfeito

A vinheta faz uma articulação teórica sofisticada que merece destaque: liga a falta ao superego sádico que a própria paciente trazia como queixa inaugural. A hipótese construída em supervisão – a de que a busca por cuidado havia se tornado, para aquela configuração subjetiva, “uma transgressão insuportável” – reencena, no plano da transferência, o mesmo mecanismo que operava na vida da paciente: a autorrenúncia que a impede de se colocar como prioridade. Aqui a vinheta encontra, sem precisar citá-lo, o operador de Quinet (2002) mencionado no item II: o sintoma é uma formação que satisfaz e a “má adesão” pode ser a forma clínica dessa satisfação paradoxal que o tratamento vem incomodar. Faltar, para “A.”, pode ter sido a maneira mais econômica de obedecer ao superego que proíbe o próprio cuidado. Essa leitura não devolve a paciente à sessão – mas devolve à estagiária algo igualmente importante: a compreensão de que o abandono tinha uma lógica, e que essa lógica não era, necessária e primariamente, um erro seu.

4. Sustentar a abstinência contra o impulso de resgate

O eixo ético da vinheta é a recusa da posição de “salvadora”. A autora nomeia claramente a tentação – “a vontade de resgatar a paciente” – e reconhece que a técnica prescreveu outra coisa: a abstinência (Freud, 1915/2010e), entendida aqui não como frieza, mas como recusa a satisfazer, no ato, uma demanda que precisaria ser trabalhada. Convém sublinhar ao(à) leitor(a) que essa abstinência operou em dois níveis: diante da paciente (não perseguir, não cobrar, não prometer) e diante da própria angústia (não desligar por moralismo, nem sustentar a espera por culpa). O que impediu que o impulso de resgate se convertesse em atuação foi, mais uma vez, o terceiro tempo da supervisão – que o Capítulo 8 desenvolverá, e que a vinheta já antecipa ao nomear a supervisão como o “terceiro” que converteu culpa em pensamento clínico.

5. Quando a falta só pode ser trabalhada na supervisão

A vinheta ilumina um ponto que os manuais raramente admitem: nem sempre a falta retorna à sessão como palavra, uma vez que nem sempre o paciente retorna. Quando o abandono é definitivo, o material da ausência é elaborado onde ele ainda pode sê-lo: na supervisão. Isso não é um consolo menor: é a afirmação de que o trabalho clínico sobre a falta não depende inteiramente da presença do paciente, e de que a elaboração do próprio abandono é parte legítima da formação. A autora extrai daí a lição mais madura do capítulo: “na clínica, nada é mudo; tudo significa um pouco”.

Para a decisão prática cotidiana, o mapa decisório completo encontra-se no Capítulo 15; seus eixos, aqui antecipados, cobrem o espectro que a vinheta percor-

reu: falta pontual com justificativa plausível → recontratar brevemente e retomar o trabalho, sem sobreinterpretação; faltas recorrentes sem causa objetiva → ler como fenômeno transferencial, revisitar o endereçamento (“a quem este tratamento responde?”), eventualmente intensificar por curto período, quando possível; barreiras materiais → articular rede e negociar adaptações sem romper o eixo do enquadre (adaptar horário não é abolir a hora); risco clínico ou impasse refratário → referenciar com transição acompanhada, documentando decisão e devolutiva. Em todos os cenários, uma constante técnica: sempre que o paciente retorna, a falta volta à sessão como palavra – “sua ausência esteve aqui na semana passada; o que ela teria vindo dizer?” ou “você não esteve aqui na semana anterior, sobre o que você não queria falar?”, e o contrato é retomado como operação clínica, não como advertência disciplinar. Quando o retorno não ocorre, como no caso de “A.”, essa mesma pergunta é endereçada à supervisão: a ausência que não pôde ser dita ao paciente ainda pode ser lida entre analista e supervisor.

V. Lições para a supervisão e perguntas para o(a) leitor(a)

A supervisão examina, aqui, sobretudo a resposta do(a) estagiário(a): a vontade de resgatar, de explicar, de punir, de desistir. Perguntas abertas: 1) Quando um paciente falta, qual é a **sua** primeira fantasia – e o que ela diz de você? 2) Que diferença clínica existe entre cobrar uma falta e interrogá-la? 3) Onde termina a flexibilidade que sustenta o tratamento e começa a que o dissolve? 4) E quando quem vacila diante da cadeira vazia – ou cheia – é o(a) próprio(a) estagiário(a)? A insegurança do(a) iniciante, e a função da supervisão diante dela, é o tema do capítulo seguinte.

08

INSEGURANÇA DO(A) ESTAGIÁRIO(A) E A FUNÇÃO DA SUPERVISÃO

GIOVANNA DOMINGOS GRANITO

I. Abertura conceitual

“E se eu não souber o que dizer?” – não há estagiário(a) que não tenha formulado, na véspera do primeiro atendimento, alguma versão dessa pergunta. Este capítulo parte de uma tese contraintuitiva: a angústia do(a) iniciante não é um defeito a ser eliminado, mas uma condição estrutural do lugar que ele(a) passa a ocupar – e, bem manejada, torna-se um instrumento. O que decide entre a angústia que paralisa e a que mobiliza não é a dose de teoria acumulada, mas a existência de um dispositivo capaz de dar destino simbólico a esse afeto: a supervisão, entendida não como correção de provas, mas como o “terceiro” que sustenta o tratamento.

II. Fundamentação teórica

Freud (1926/2014), em *Inibição, sintoma e angústia*, reformula sua teoria: a angústia não é libido transformada, mas **sinal** – o Eu a produz diante de um perigo pulsional ou de uma situação traumática antecipada. Aplicada à formação, a tese ilumina o essencial: a angústia do(a) estagiário(a) sinaliza a proximidade de algo real – a responsabilidade por outro sujeito, o encontro com o sofrimento sem roteiro – e, como todo sinal, pede leitura, não supressão. Lacan (2005), em *O Seminário, livro 10*, enuncia: a angústia é o afeto que não engana; ela surge quando falta a falta, quando o sujeito se vê reduzido a objeto diante do desejo enigmático do Outro. O(A) iniciante conhece bem essa posição: diante do paciente que espera tudo, diante do(a) supervisor(a) que avalia, ele(a) se pergunta: “**que querem de mim?**”, e é dessa pergunta, não de sua abolição, que uma posição clínica pode nascer.

O segundo eixo é o estatuto do não saber. Desde *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud* (Lacan, 1986), a forma-

ção analítica é apresentada como o avesso de uma acumulação: trata-se menos de aprender a responder do que de aprender a não obturar, com o próprio Eu, o lugar de onde o paciente poderia se escutar. Lacan (2008) nomeia essa função como “desejo do analista”: um desejo que não é de curar, de saber ou de ser amado, mas de obter a diferença absoluta – de que o sujeito advenha onde o objeto o capturava. Na *Proposição de 9 de outubro de 1967* (Lacan, 2003b), a consequência institucional: o analista não se autoriza por diploma ou hierarquia – “o analista só se autoriza de si mesmo”, o que jamais significa que o faça **sozinho**: autoriza-se de si, mas com os outros – análise pessoal, supervisão, transmissão. Freud (1937/2018a), em *Análise terminável e interminável*, já situava a profissão entre as impossíveis e prescrevia ao analista retornar periodicamente à análise: o saber que importa aqui não se acumula; renova-se.

O terceiro eixo é a supervisão como dispositivo. Sua função não é fornecer a interpretação certa por procuração, mas operar como terceiro simbólico: o ponto de exterioridade que impede a díade de se fechar em espelho – seja no encantamento, seja no impasse. A literatura contemporânea descreve-a como um espaço de “sonhar o caso” em conjunto: criar condições para pensar aquilo que, na sessão, o(a) terapeuta ainda não conseguiu elaborar sozinho(a) (Ogden, 2005). Para tanto, uma condição é inegociável: a segurança. Estudos com iniciantes mostram que a vergonha e o medo da avaliação levam à ocultação exatamente do material que mais precisaria ser pensado – falas das quais o(a) estagiário(a) se arrependeu, quebras de enquadre, afetos inconfessáveis. Supervisão que pune a dúvida fabrica certezas defensivas. Soler (1995) e Miller (1997) lembram, cada um a seu modo, que a transmissão da Psicanálise passa

pelo estilo e pela implicação, não pela ortopedia; e o ideal de saber – a fantasia do “analista perfeito”, herdeira do ideal do eu – é, ele próprio, material de análise, não meta de desempenho. Do impressionismo (“achei o paciente meio deprimido”) ao trabalho conceitual (construção de hipóteses articuladas a operadores), o caminho é feito de supervisões que interrogam mais do que respondem.

Box interdisciplinar

A ansiedade do(a) terapeuta iniciante é também objeto transteórico: a literatura de supervisão em TCC e em abordagens humanistas descreve o mesmo arco – dependência inicial, experimentação, internalização de um “supervisor interno”. A curva é geral: ansiedade muito baixa produz pouco envolvimento; moderada, atenção e aprendizagem; excessiva, defesa, ocultação e paralisia. O objetivo da supervisão, em qualquer abordagem, não é eliminar a ansiedade: é regulá-la e convertê-la em trabalho.

III. Vinheta

Quando os atendimentos foram iniciados na clínica-escola, eu acreditava que a maior dificuldade seria aprender a técnica e as intervenções. Imaginava que, estudando bastante e me preparando antes de cada sessão, conseguiria conduzir os casos de maneira satisfatória. Na prática, descobri que o mais difícil não era decorar conceitos ou lembrar de autores, mas sustentar o lugar de quem ainda não sabe. Antes de cada atendimento, eu era tomada por uma mistura de ansiedade e responsabilidade: queria fazer boas perguntas, perceber o que não havia sido dito

e, principalmente, ajudar o paciente. Hoje consigo nomear essa angústia como a dificuldade de suportar o não saber sem interpretá-lo como incompetência.

Esse sentimento ficou especialmente evidente no acompanhamento de uma criança com quadro de encoprese. Desde os primeiros encontros, eu percebia que grande parte das minhas perguntas era respondida com um simples “não sei”. Quando eu perguntava como se sentia em determinada situação ou o que pensava sobre algum acontecimento, a resposta era quase sempre a mesma. No início, imaginei que aquele “não sei” pudesse ser uma forma de evitar determinados assuntos ou uma resistência ao processo. Por isso, eu insistia. Reformulava a pergunta, tornava a conversa mais lúdica e, ainda assim, frequentemente chegava ao mesmo lugar.

Ao final das sessões, saía frustrada, chorava, ficava brava. Tinha a sensação de que o atendimento não avançava e de que eu estava deixando escapar algo importante. Revivia mentalmente cada encontro, procurando descobrir em que momento havia feito uma pergunta inadequada ou deixado de intervir quando deveria. Aos poucos, comecei a acreditar que o problema estava na minha condução. Pensava que uma analista mais experiente provavelmente conseguiria acessar aquilo que eu não alcançava.

Percebo hoje que, naquele momento, minha escuta estava atravessada por um ideal de desempenho. Eu acreditava que precisava compreender rapidamente o caso, construir hipóteses e produzir algum avanço visível. O silêncio e o “não sei” passaram a ser vividos por mim como sinais de que eu não estava conseguindo fazer meu trabalho. Estava tão preocupada com o fato de não saber o que fazer diante daquela situação que deixava de me perguntar se aquele “não sei” poderia,

de fato, pertencer à criança.

Foi na supervisão que esse impasse começou a se transformar. Levei o caso esperando receber orientações mais objetivas sobre qual direção seguir. Em vez disso, fui convidada a olhar para a minha própria posição diante do caso. A supervisora me perguntou o que aquele “não sei” significava para mim e, conforme conversávamos, percebi que minha urgência em fazer o paciente falar dizia respeito muito mais à minha ansiedade do que às necessidades dele.

Lembro do impacto que teve uma pergunta aparentemente simples: e se ele realmente não soubesse? Essa possibilidade nunca havia ocupado um lugar na minha escuta. Eu estava tão empenhada em encontrar um significado oculto para aquela resposta que havia deixado de considerar sua literalidade. Talvez aquela criança ainda não conseguisse nomear seus afetos, organizar sua experiência ou atribuir sentido ao que vivia. E, se fosse assim, insistir para que respondesse poderia dizer mais sobre a minha necessidade de reduzir a angústia da sessão do que sobre aquilo de que ela precisava naquele momento.

Foi nesse ponto que compreendi, pela primeira vez, a função da supervisão como um terceiro. Ela não ocupou o lugar de quem sabia mais sobre o paciente do que eu, nem resolveu o caso por mim. Ao contrário, produziu um deslocamento da minha leitura. Em vez de oferecer respostas prontas, devolveu perguntas que modificaram minha posição clínica. O foco deixou de ser “como faço esse paciente falar?” e passou a ser “o que esse não saber representa para ele, e por que é tão difícil de ser sustentado por mim?”

Esse deslocamento mudou minha forma de conduzir os atendimentos seguintes. Passei a tolerar melhor os silêncios, a respeitar o tempo da criança e a abandonar a expectativa de que cada ses-

são precisasse produzir um avanço evidente. Quando consegui abrir mão dessa urgência, minha escuta tornou-se mais disponível para aquilo que o paciente efetivamente trazia.

A experiência também modificou a maneira como passei a viver a supervisão. Algumas supervisões tinham um efeito tranquilizador: eu saía mais calma porque ouvia que estava “indo bem”. Embora isso fosse importante, o efeito era passageiro. Já as supervisões que realmente marcaram minha formação eram justamente aquelas que me deixavam pensando por dias – encontros em que minhas certezas eram deslocadas e minhas perguntas retornavam transformadas. Em vez de diminuir a angústia, elas me ensinavam a fazer algo com ela.

Talvez o maior aprendizado desse caso tenha sido compreender que a clínica não começa quando encontramos respostas, mas quando suportamos permanecer diante das perguntas. A criança não foi a única a aprender algo naquele processo: enquanto ela encontrava, pouco a pouco, palavras para aquilo que ainda não sabia dizer, eu também aprendia que me tornar psicóloga não significava saber mais, mas escutar melhor.

IV. Decisões de manejo e comentário teórico-clínico

A vinheta é quase uma demonstração de laboratório da tese do capítulo, pois nela o afeto do(a) iniciante e o sintoma do paciente se encontram no mesmo significante: o “não sei”. A criança responde “não sei”; a estagiária, diante dessa resposta, vive seu próprio não saber como incompetência. O trabalho clínico – e a virada da supervisão – consiste em desfazer essa sobreposição: distinguir o que, no “não sei”, é da criança, e o que é da terapeuta. Comentemos as decisões à luz dos operadores gerais.

1. Tratar a angústia como sinal, não como veredicto

A autora nomeia com precisão o afeto que antecede as sessões – “uma mistura de ansiedade e responsabilidade” – e, sobretudo, faz retrospectivamente a leitura correta dele: “a dificuldade de suportar o não saber sem interpretá-lo como incompetência”. Isto é exatamente a angústia como sinal, no sentido que o item II extrai de Freud (1926/2014): não um defeito a suprimir, mas um aviso a ler. O que a vinheta demonstra é o custo de não fazer essa leitura a tempo: enquanto a angústia foi vivida como veredicto (“o problema está na minha condução”), ela produziu insistência, reformulação, mais perguntas – tudo aquilo que o operador previne. A pergunta que reorienta não é “estou à altura?”, mas “o que este afeto me avisa?” – e o ponto decisivo é que essa pergunta não se formula sozinho(a): não por limitação de quem começa, mas por estrutura. A díade tomada pela angústia tende a se fechar em espelho, e é precisamente para reabri-la que existe o terceiro.

2. Suspender o imperativo de intervir

Este é o eixo central do caso e convém comentá-lo com cuidado porque a vinheta o ilustra pela sua ausência inicial. A insistência da estagiária – “eu insistia; reformulava; tornava a conversa mais lúdica” – é o exemplo perfeito do que o operador nomeia como autotratamento da angústia do terapeuta: a pressa em fazer a criança falar servia, antes de tudo, para aliviar o desconforto de quem conduzia. A supervisão não ensina uma técnica nova; ela devolve a possibilidade de não intervir – de tolerar o silêncio, respeitar o tempo, abandonar “a expectativa de que cada sessão precisasse produzir um avanço evidente”. Vale sublinhar ao(à)

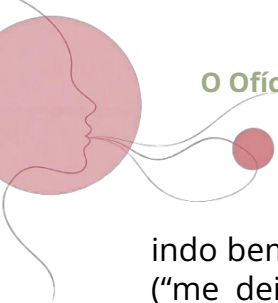
leitor(a) a inversão que a autora realiza: quando ela renuncia à urgência, a escuta “torna-se mais disponível para aquilo que o paciente efetivamente trazia”. O silêncio habitado revelou-se, aqui, mais fértil que qualquer reformulação.

3. A literalidade como manejo – e a especificidade da clínica infantil

A pergunta que produziu a virada – “e se ele realmente não soubesse?” – merece comentário teórico próprio, porque toca um ponto delicado. A escuta analítica ensina a suspeitar do sentido oculto, a não tomar a fala ao pé da letra; e é justamente esse hábito que, mal calibrado no início, produziu o impasse: a estagiária estava “tão empenhada em encontrar um significado oculto que havia deixado de considerar a literalidade”. A vinheta ensina que, sobretudo na clínica com crianças, o “não sei” pode não ser resistência nem esquivas, mas o estado real de quem “ainda não conseguia nomear seus afetos, organizar sua experiência ou atribuir sentido ao que vivia”. Considerar essa hipótese não é abandonar a escuta do inconsciente – é reconhecer que a simbolização é um trabalho em curso e que o sintoma da criança (não por acaso, uma encoprese, sintoma do que ainda não havia encontrado via simbólica) fala precisamente desse limite. Manejar, aqui, foi deixar de forçar a nomeação e sustentar o espaço em que ela pudesse, “pouco a pouco”, advir.

4. A supervisão como terceiro – e o critério que distingue tranquilizar de transmitir

A vinheta oferece, em suas últimas linhas, a formulação mais precisa que este capítulo poderia desejar sobre a função da supervisão, e vale incorporá-la ao comentário: há supervisões que tranquilizam (“eu saía mais calma porque ouvia que estava



indo bem”) e supervisões que transmitem (“me deixavam pensando por dias... minhas perguntas retornavam transformadas”). A diferença não é de gentileza, mas de estrutura: a primeira reduz a angústia de fora, e seu efeito é passageiro; a segunda ensina o(a) estagiário(a) a “fazer algo com ela”. É a definição operacional do terceiro simbólico que o item II descreve com Ogden (2005): não quem sabe mais sobre o paciente, mas quem “produz um deslocamento da leitura” e “devolve perguntas que modificam a posição clínica”. A supervisora do caso não disse à estagiária o que fazer com a criança; perguntou-lhe o que aquele “não sei” significava para ela – e foi esse deslocamento, do paciente para a posição de quem escuta, que reabriu a condução do tratamento.

Uma observação final, sobre o que a vinheta ensina a respeito do próprio ato de escrever o caso. A autora encerra com uma frase que sintetiza o capítulo – “a clínica não começa quando encontramos respostas, mas quando suportamos permanecer diante das perguntas” – e que só pôde ser escrita porque a experiência foi elaborada, não apenas vivida. O quarto operador geral (construir hipóteses, não sentenças; converter impressão em pensamento por escrito) encontra aqui sua confirmação: foi ao revisitar o caso, retrospectivamente, que a estagiária pôde transformar a frustração de então – o choro, a raiva, a autoacusação – em saber clínico transmissível. É esse o percurso que o capítulo propõe a todo(a) iniciante: da angústia vivida como falha à angústia elaborada como instrumento, com a supervisão como o terceiro que torna a travessia possível.

V. Lições para a supervisão e perguntas para o(a) leitor(a)

Ao(À) supervisor(a), este capítulo endereça o espelho: também a supervisão tem sua contratransferência, sua tentativa de conduzir o caso por procuração, seu processo paralelo. Perguntas abertas: 1) O que você nunca contou em supervisão – e por quê? 2) Que uso você faz da teoria: instrumento de pensamento ou escudo contra a angústia? (metacognição) 3) Quem, dentro de você, avalia sua sessão enquanto ela acontece – e com a voz de quem? 4) Se a angústia do(a) iniciante já é intensa no consultório protegido, o que ocorre quando a precariedade do mundo entra pela porta? É a pergunta do próximo capítulo: a clínica em contextos de vulnerabilidade social.

09

**VULNERABILIDADE SOCIAL:
ENTRE A ESCUTA E A REDE**

**ISABELA DE ARAÚJO
BARBOSA PEREIRA**

I. Abertura conceitual

Uma paciente chega à triagem e, antes de qualquer queixa “psicológica”, relata que não há comida em casa. Que escuta é possível aí? O impasse deste capítulo é o mais antigo e o mais atual da Psicanálise em extensão: como sustentar a clínica do desejo quando a urgência material grita mais alto – sem, de um lado, calar o sujeito sob o assistencialismo, nem, de outro, abandoná-lo à interpretação enquanto a fome continua? A clínica-escola, que acolhe demandas reais de territórios de precariedade, obriga o(a) estagiário(a) a aprender cedo o que muitos profissionais tardam a admitir: escutar o inconsciente e articular a rede não são tarefas rivais – são, em muitos casos, a mesma direção de tratamento.

II. Fundamentação teórica

Freud jamais foi indiferente às condições materiais do sofrimento. Em *O mal-estar na civilização* (Freud, 1930/2010d), o sofrimento nos advém de três fontes – do corpo, do mundo externo e das relações com os outros –, e a miséria social pertence de pleno direito à etiologia do mal-estar. Mais decisivo ainda para este capítulo é “Linhas de progresso na terapia psicanalítica” (Freud, 1919/2010c), texto fundador da Psicanálise extensiva: ali, Freud antecipa instituições em que o tratamento seria gratuito, afirma que “o pobre tem tanto direito à ajuda para sua mente quanto já tem à cirurgia que lhe salva a vida” e adverte, simultaneamente, que a nova técnica exigiria liga entre o “ouro puro” da análise e o “cobre” da sugestão – sem que, para tanto, fosse necessário abrir mão do essencial. Um século depois, a clínica-escola é herdeira direta dessa aposta: ampliar o acesso sem degradar o dispositivo.

Lacan (1992b), em *O Seminário, livro 17: o avesso da Psicanálise*, fornece a bússola estrutural: os quatro discursos formalizam os laços sociais e a posição do analista define-se por fazer semblante de objeto – não de mestre. A tradução clínica é imediata: diante da precariedade, a tentativa é responder do lugar do mestre (ordenar, providenciar, tutelar); o discurso do analista sustenta outra coisa – que mesmo na urgência haja lugar para um sujeito que fala, deseja e decide. Daí a distinção operatória entre **demanda de urgência e urgência subjetiva**: a primeira pede resposta imediata do Outro social (alimento, abrigo, proteção – e deve ser respondida, via rede); a segunda é o transbordamento do sujeito diante do que irrompeu em sua vida, e pede tempo de palavra, não atropelo. Confundi-las é errar duas vezes: burocratizar o desespero ou psicologizar a fome.

Os comentadores brasileiros deram a essa articulação sua gramática local. Birman (2003) situa as novas formas de subjetivação no mal-estar contemporâneo; Dunker (2015) lê o sofrimento brasileiro na “lógica do condomínio” – os muros que separam e patologizam a diferença de classe; Figueiredo (2002), a partir do ambulatório público, mostra que atender “vastas confusões” com “atendimentos imperfeitos” não é fracasso da Psicanálise, mas sua prova de fogo: a clínica possível, orientada pela singularidade, dentro das condições reais do serviço. Quanto à rede, a distinção decisiva é entre a **lógica do encaminhamento** – despachar o caso, fatiá-lo entre especialidades, desresponsabilizar-se – e a **lógica da rede**: articular CRAS, CAPS, UBS e escola **em torno** do caso, mantendo a função de referência e a construção compartilhada (Figueiredo, 2004). Encaminhar um paciente ao CRAS não encerra a escuta; inaugura, muitas vezes, a possibilidade dela.

Box interdisciplinar

A atenção às determinações sociais do sofrimento é hoje transversal: das formulações da Psicologia comunitária às diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Qualquer que seja a orientação teórica do(a) estagiário(a), duas normas convergem: o cuidado não se fragmenta (aspectos psíquicos, médicos e sociais exigem coordenação, não triagem excludente) e a articulação intersetorial integra – não substitui – o trabalho clínico.

III. Vinheta

Desde os primeiros contatos com a clínica-escola, uma inquietação me acompanhava, que ia além da condução das entrevistas ou da formulação de hipóteses. Antes mesmo de me deter em interpretações ou intervenções, notei que muitos pacientes chegavam ao serviço atravessados por dificuldades concretas de sobrevivência: precariedade financeira, desemprego, violência, dificuldade de acesso a direitos.

Uma das situações que mais me marcaram não foi um caso conduzido por mim, mas discutido semanalmente em supervisão: o de uma mulher adulta que buscava atendimento psicológico em um momento de intenso sofrimento decorrente do desemprego e do acúmulo de dívidas. Grande parte de suas falas girava em torno da dificuldade de conseguir uma colocação profissional, do medo de não conseguir pagar as contas, da sensação de fracasso diante da própria condição financeira. Diante disso, nasceu entre nós, estagiárias, o desejo de oferecer uma ajuda prática: elaborar currículo, buscar vagas, orientar estratégias para processos seletivos.

À primeira vista, essa parecia a resposta mais cuidadosa possível: diante de alguém que sofre pela falta de recursos, como permanecer apenas escutando? Mas foi a supervisão que permitiu problematizar esse impulso. Percebemos, aos poucos, que o desejo de resolver rapidamente aquele problema dizia respeito não só à paciente, mas ao desconforto que sua realidade despertava em nós. Sustentar-se diante de alguém que sofre por não conseguir garantir a própria subsistência produz um sentimento de impotência difícil de suportar; oferecer respostas concretas parecia aliviar essa angústia, mas também corria o risco de deslocar o foco da escuta para a atuação do terapeuta.

Foi nesse momento que compreendi a diferença entre o papel do psicólogo e o de assumir para si a responsabilidade pela vida do paciente. Quando o profissional ocupa o lugar de quem resolve os problemas, decide os próximos passos ou executa tarefas que pertencem ao próprio sujeito – ainda que movido pelas melhores intenções –, corre o risco de enfraquecer sua autonomia e produzir uma relação de dependência. O paciente deixa de ser reconhecido como alguém capaz de participar das decisões sobre a própria vida e passa a ocupar o lugar de quem precisa ser salvo. A supervisão me mostrou que esse movimento, por mais acolhedor que pareça, pode reduzir o espaço da clínica a uma prática essencialmente assistencialista.

O caminho oposto, no entanto, seria igualmente problemático. Ignorar as condições concretas de vida em nome de uma suposta neutralidade analítica significaria desconsiderar que a fome, o desemprego, a violência e a ausência de direitos produzem sofrimento real. O desafio não estava em escolher entre escuta e ação, mas em entender que elas ocupam lugares distintos: a necessidade material pede articulação com a rede de proteção social

e conhecimento dos recursos públicos; a urgência subjetiva pede um espaço em que o sujeito possa falar sobre como vive aquela experiência. Uma dimensão não substitui a outra.

Essa reflexão se articula com meu primeiro caso clínico. Diferentemente da situação anterior, a paciente não chegou trazendo uma demanda diretamente ligada à vulnerabilidade material: sua queixa inicial voltava-se à compulsão alimentar e ao sofrimento relacionado ao peso. Contudo, à medida que sua história foi se construindo ao longo dos encontros, tornou-se impossível não notar como diferentes experiências de vulnerabilidade atravessavam sua constituição subjetiva.

Ao narrar sua trajetória, surgiram lembranças de uma infância marcada pela ausência dos pais, pela criação assumida pela avó, pela violência do território onde viveu, pela perda de familiares próximos de forma violenta. Falava desses episódios de modo quase naturalizado, como se pertencessem à ordem esperada da vida. Em outros momentos, voltava-se à preocupação constante com as finanças da família, ao medo de nunca conseguir uma casa própria, à angústia de não deixar patrimônio para os filhos. Ainda que estivesse profissionalmente inserida e não vivesse, naquele momento, uma situação de extrema pobreza, a insegurança financeira seguia como fonte constante de sofrimento, organizando boa parte de suas preocupações cotidianas.

Chamava atenção, também, o modo como ela ocupava continuamente o lugar de quem precisa sustentar tudo ao redor. Cuidava de todos, assumia inúmeras responsabilidades em sua comunidade religiosa e, ainda assim, tinha dificuldade de reconhecer os próprios limites. Havia uma cobrança silenciosa para dar conta de tudo, como se não houvesse espaço para falhar, descansar ou sofrer. Fui entendendo

do que sua história de vulnerabilidade não se limitava às condições objetivas vividas, mas se expressava também na maneira como ela havia aprendido a ocupar um lugar de permanente responsabilidade diante da vida.

Esse caso ampliou minha compreensão sobre o que é vulnerabilidade social. Ela nem sempre se apresenta como uma necessidade concreta que exige acionar a rede de imediato; muitas vezes permanece inscrita na história do sujeito, produzindo modos particulares de lidar com o cuidado, o dinheiro, a violência, o corpo, o próprio desejo. Nesses casos, a clínica não oferece soluções para as experiências passadas, mas possibilita que sejam reconhecidas como parte da trajetória singular daquele sujeito, sem que o definam por inteiro.

Revisitando as duas experiências, vejo como ambas transformaram minha compreensão sobre a ação clínica. No início da formação, imaginava que cuidar era, de certa forma, encontrar respostas para os problemas trazidos pelos pacientes. Com o tempo, entendi que cuidar também exige suportar a própria impotência diante de certas realidades, reconhecendo que nem toda necessidade cabe ao psicólogo responder. Quando a vulnerabilidade pede articulação com a rede, precisa ser considerada e encaminhada com responsabilidade; quando aparece como marca da história do sujeito, precisa ser escutada em sua singularidade.

Entre a tentação de resolver todos os problemas do paciente e o risco de ignorá-los em nome da interpretação, fui aprendendo que o lugar ético do psicólogo não é o de quem salva, nem o de quem apenas observa: é o de alguém que reconhece a complexidade do sofrimento, articula os recursos necessários quando eles se fazem indispensáveis e, ao mesmo tempo, preserva um espaço para que o sujeito

continue podendo falar, decidir e responder por sua própria história. Talvez essa tenha sido uma das aprendizagens mais importantes da minha formação: cuidado não é fazer pelo outro, mas construir, junto com ele, as condições para que sua autonomia se preserve, mesmo quando a vulnerabilidade parece ocupar todo o cenário.

IV. Decisões de manejo e comentário teórico-clínico

A vinheta traz uma arquitetura incommon e feliz: traz dois casos, e é da tensão entre eles que a lição emerge. O primeiro – a mulher desempregada e endividada, discutida em supervisão – expõe a vulnerabilidade em sua face mais imediata e o risco que ela convoca no(a) estagiário(a). O segundo – o primeiro caso clínico da autora, cuja queixa manifesta era a compulsão alimentar – revela a vulnerabilidade em sua face menos óbvia: aquela que não pede a rede, mas se inscreveu na história do sujeito. Juntos, os dois casos percorrem os quatro operadores do capítulo.

1. Responder à necessidade sem calar o sujeito – e reconhecer quando a “resposta” é do analista, não do paciente

O primeiro caso é uma demonstração cristalina do operador, mas por sua face negativa: o impulso das estagiárias de “elaborar currículo, buscar vagas, orientar estratégias para processos seletivos”. A vinheta é preciosa porque não condena esse impulso de fora – reconhece sua origem cuidadosa (“como permanecer apenas escutando?”) – e, ao mesmo tempo, o desmonta com honestidade. O que a supervisão revelou é exatamente o que este operador previne: a providência concreta corria o risco de ser feita **por cima** do sujeito e não **com** ele. Vale sublinhar

para o(a) leitor(a) que o problema não era ajudar – era o lugar de onde a ajuda partia. Orientar sobre um recurso, feito com o paciente e devolvido à sua decisão, é manejo; assumir para si a tarefa que pertence ao sujeito é o que a autora nomeia, com rigor, como o risco de “enfraquecer a autonomia e produzir dependência”.

2. Vigiar o assistencialismo como contratransferência

Este é o eixo em que a vinheta mais brilha e convém comentá-lo em segundo lugar porque é ele que explica o primeiro. A autora faz o movimento clínico decisivo: descobre que “o desejo de resolver rapidamente aquele problema dizia respeito não só à paciente, mas ao desconforto que sua realidade despertava em nós”. Aqui a impotência do(a) estagiário(a) diante da precariedade é lida como material contratransferencial – e não como simples limitação a lamentar. Oferecer respostas concretas “aliviava a angústia” de quem escutava: eis a definição operacional do **assistencialismo como defesa**. O capítulo pode explicitar o que a vinheta demonstra: a rede se aciona pela necessidade do paciente, não pela ansiedade do terapeuta; e o critério que separa uma coisa da outra – a pergunta “quem se acalma primeiro?” – só se responde em supervisão. Foi precisamente a supervisão que, aqui, converteu o impulso de atuar em objeto de pensamento.

3. Escutar a posição do sujeito na precariedade

O segundo caso desloca e aprofunda o operador. A paciente da compulsão alimentar “estava profissionalmente inserida e não vivia extrema pobreza” – e, no entanto, a insegurança financeira “organizava boa parte de suas preocupações



cotidianas”. A vinheta demonstra assim, sem enunciá-lo teoricamente, que não é a condição material objetiva que a clínica move, mas a **posição** que o sujeito ocupa diante dela: neste caso, o lugar de quem “precisa sustentar tudo ao redor”, sem espaço “para falhar, descansar ou sofrer”. A vulnerabilidade, aqui, não é um dado socioeconômico a ser encaminhado – é uma marca subjetiva a ser escutada. A leitura da autora é clinicamente sofisticada: a história de perdas violentas, narrada “de modo quase naturalizado” e a angústia patrimonial articulam-se a um modo singular de habitar o mundo. Este é o ponto em que o capítulo cumpre sua promessa da abertura conceitual: escutar o inconsciente e reconhecer a determinação social não são tarefas rivais.

4. Manter a função de referência – e saber quando ela não é o que se pede

O acerto final da vinheta é distinguir os dois destinos da vulnerabilidade sem hierarquizá-los. Quando a vulnerabilidade “pede articulação com a rede”, encaminha-se com responsabilidade – registrando o motivo, acompanhando o acesso, mantendo o vínculo (cf. Capítulo 15). Quando ela “aparece como marca da história do sujeito”, escuta-se em sua singularidade. A maturidade do texto está em não transformar o segundo caso numa demanda de rede que ele não era, nem o primeiro numa pura questão de escuta que teria ignorado a fome. A distinção lacaniana entre demanda de urgência e urgência subjetiva, formulada no item II, encontra aqui

sua tradução clínica exata: confundi-las seria, nas palavras do capítulo, “burocratizar o desespero ou psicologizar a fome” – e a vinheta demonstra que evitar esse duplo erro é, no cotidiano, um trabalho de discernimento sustentado em supervisão.

Uma observação final sobre a forma do relato. A autora chega, ao fim, a uma formulação que merece figurar como síntese do capítulo: “cuidado não é fazer pelo outro, mas construir, junto com ele, as condições para que sua autonomia se preserve, mesmo quando a vulnerabilidade parece ocupar todo o cenário”. Essa frase é, ela própria, a posição do analista que o item II descreveu com Lacan – fazer semblante de objeto, não de mestre; sustentar que, mesmo na urgência, haja lugar para um sujeito que fala, deseja e decide. Que a autora tenha chegado a ela por dois casos, e não por dedução teórica, é a melhor prova de que a aprendizagem se deu onde deveria: na clínica, elaborada na supervisão.

V. Lições para a supervisão e perguntas para o(a) leitor(a)

Perguntas abertas: 1) O que a fome de um paciente faz com a sua capacidade de escutá-lo? 2) Quando você aciona a rede, quem se acalma primeiro – o paciente ou você? 3) Que preconceitos de classe atravessam, silenciosamente, suas hipóteses clínicas? 4) E quando o paradoxo se inverte – quando quem chega ao serviço social gratuito é **alguém que poderia pagar**? Este é o fio do próximo capítulo: os paradoxos institucionais da clínica social.

10

PARADOXOS DA CLÍNICA SOCIAL

**PATRÍCIA OLIVEIRA DOS
SANTOS SUZUKI**

I. Abertura conceitual

A clínica-escola apresenta-se, à primeira vista, como uma estrutura linear – atendimento acessível, prestado por estagiários(as), supervisionado pela universidade – e entrega paradoxos. O usuário de alta renda que procura o serviço subsidiado; o paciente que pergunta, à queima-roupa, “você é estagiária?”; o tratamento que precisa caber no calendário do semestre; a demanda que excede o que o dispositivo oferece. Este capítulo propõe que tais paradoxos não são anomalias a corrigir, mas propriedades estruturais do dispositivo – e que a ética do manejo institucional começa quando se renuncia a escondê-los, do paciente e de si.

II. Fundamentação teórica

A clínica-escola é um dispositivo de tripla face – ensino, pesquisa, assistência – e cada face impõe sua temporalidade e sua exigência. Freud (1919/2010c) previra as instituições de atendimento ao povo; não previra que elas seriam também o lugar onde analistas se formam, com tudo o que isso implica: o paciente da clínica-escola participa, queira-se ou não, da formação de quem o atende. Ocultar-lhe isso é iatrogênico e eticamente insustentável; explicitá-lo – “sou estagiária, este atendimento é supervisionado por uma professora psicóloga” – é operação de enquadre que, longe de destruir a transferência, costuma relançá-la sobre bases verdadeiras. A pergunta “você é estagiária?” raramente pede só informação: pergunta “posso confiar meu sofrimento a você?” – e merece as duas respostas, a factual e a escuta do que nela se endereça.

Lacan (1998b), em *Função e campo da fala e da linguagem*, estabelece o princípio que ordena todos esses impasses: a fala pressupõe o campo do Outro e toda demanda é demanda ao Outro – de amor, de

reconhecimento, antes que de serviço. O usuário “atípico” da clínica social – aquele que poderia pagar um consultório privado e, no entanto, procura o serviço-escola – deve ser escutado nessa chave: o que ele vem buscar **aí**, nesse endereço específico? Às vezes, o anonimato; às vezes, o par “instituição-universidade” como garantia de saber; às vezes, uma posição de exceção a ser interrogada. A lógica de acesso e seleção do serviço (critérios socioeconômicos, filas, triagem) é legítima e necessária; mas, uma vez admitido o paciente, a moralização (“ele está tirando a vaga de quem precisa”) deve ceder lugar à clínica – cabendo à instituição, não ao(a) estagiário(a) na sessão, rever critérios de elegibilidade. Em *O Seminário, livro 17: O avesso da Psicanálise* (Lacan, 1992b), a advertência estrutural: a universidade tem seu próprio discurso, em que o saber ocupa o lugar de agente e o sujeito é posto a produzir; a clínica-escola vive na tensão entre esse discurso – provas, carga horária, avaliação – e o discurso do analista, que exige outra posição. Negar a tensão é sucumbir a ela.

Restam os paradoxos do tempo e do registro. O tempo institucional (semestre letivo, troca de estagiário(a), encerramento do estágio) raramente coincide com o tempo do tratamento – e a transferência não consulta o calendário acadêmico. Herrmann (2001) lembra que o método psicanalítico é mais amplo que seu dispositivo padrão: pode operar em enquadres diversos, desde que se preserve sua lógica; Zaslavsky e Santos (2012) sistematizam a supervisão como o lugar onde essas adaptações são pensadas em vez de improvisadas. Quanto à confidencialidade, ao registro e às devolutivas institucionais, valem os parâmetros dos Capítulos 3 e 4 – com a especificação de que, na clínica-escola, o paciente deve saber **desde o contrato** o que circula (supervisão, prontuário) e o que não circula.

Box interdisciplinar

A transparência sobre o estatuto de formação não é exigência apenas psicanalítica: é norma deontológica transversal (consentimento informado) e boa prática em qualquer abordagem. Pesquisas sobre serviços-escola indicam que a informação clara sobre supervisão tende a fortalecer – não a enfraquecer – a confiança no atendimento.

III. Vinheta

Minha trajetória profissional foi construída em ambientes corporativos. Ao longo de muitos anos, convivi com instituições nas quais diferentes interesses, responsabilidades e limites precisavam coexistir. Essa experiência fez com que eu compreendesse as organizações para além de suas estruturas formais, reconhecendo que as tensões fazem parte de seu funcionamento e nem sempre podem – ou precisam – ser eliminadas.

Ao ingressar na clínica-escola, encontrei uma complexidade de outra natureza. Os paradoxos institucionais deixavam de ser apenas questões organizacionais para atravessar diretamente a formação do estudante, a experiência do paciente e o próprio encontro clínico. Foi nesse contexto que uma situação específica me levou a refletir sobre a relação entre o dispositivo institucional e o processo terapêutico.

Em respeito aos princípios éticos, à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e às orientações de anonimização, trata-se de um caso composto: foram alterados, suprimidos e reorganizados elementos identificadores diretos e indiretos, preservando-se apenas os aspectos clínicos e institucionais necessários à reflexão proposta. Chamarei o paciente de João.

João procurou atendimento na clínica-escola em um momento de sofrimento psíquico e de exaustão física e emocional. Logo nas entrevistas iniciais, evidenciou-se que apresentava uma condição socioeconômica compatível com alguém que poderia custear um processo psicoterapêutico em consultório particular. Essa constatação despertou em mim uma inquietação relacionada ao próprio dispositivo institucional. Não se tratava de questionar sua elegibilidade para o atendimento – essa decisão pertencia ao processo de triagem e à própria instituição –, tampouco de levar tal reflexão para a relação terapêutica; ela permaneceu no espaço onde compreendi que deveria ser elaborada: a supervisão.

Minha inquietação dizia respeito à busca por aquele serviço e às implicações daquela modalidade para o tratamento. Como compreender que alguém com recursos financeiros para acessar a Psicoterapia em consultório particular – onde o acompanhamento se pauta na continuidade do vínculo, na estabilidade e no tempo do próprio paciente – optasse por um dispositivo institucional atravessado pelo calendário acadêmico? Levei essa questão à supervisão para investigar as especificidades desse enquadre e os efeitos da temporalidade institucional na experiência clínica.

A supervisão não ofereceu uma resposta pronta. Produziu algo mais importante: deslocou minha pergunta. Compreendi que, uma vez inserido naquele espaço clínico, João não deveria ser avaliado ou categorizado por sua condição financeira – tampouco por qualquer outro marcador externo –, mas escutado na singularidade de sua demanda. A pergunta deixou de ser “por que alguém com capacidade de arcar com um tratamento particular está aqui?” e passou a ser: “o que esse lugar representa para ele?”.

Esse deslocamento foi fundamental para minha formação. Permitiu perceber que a escolha de um serviço psicológico não se explica apenas por critérios objetivos de acesso ou disponibilidade financeira. Existem elementos subjetivos, simbólicos e institucionais envolvidos nessa escolha, que precisam ser escutados antes de qualquer tentativa de compreensão.

Com o avanço dos atendimentos, outros aspectos dessa experiência começaram a se revelar. Mais do que compreender o conteúdo trazido por João, passei a observar como o próprio enquadre institucional participava daquele encontro. A clínica não acontecia em um espaço neutro: havia uma universidade, uma supervisão, uma estagiária em formação e um tempo previamente delimitado. Todos esses elementos faziam parte do processo.

Foi nesse contexto que o segundo paradoxo se apresentou de forma mais evidente: o lugar da estagiária em formação. Ao apresentar o enquadre institucional no início dos atendimentos, eu havia informado minha condição de estudante e a existência da supervisão. Ainda assim, quando João questionou minha experiência, percebi que a informação objetiva sobre meu lugar não bastava para compreender o que aquela pergunta carregava. A supervisão permitiu que eu escutasse a situação para além da dimensão concreta: a pergunta sobre minha experiência técnica dizia respeito também à confiança, à segurança e à possibilidade de entregar o próprio sofrimento a alguém em processo de formação. Minha tarefa não era negar o limite real da minha posição, mas sustentar o enquadre construído pela instituição.

Durante muitos anos, minha identidade profissional esteve associada à tomada de decisões e à responsabilidade por processos complexos. Na clínica, meu lugar era o de uma psicóloga em formação – alguém que ainda estava aprendendo, e

para quem a supervisão era parte constitutiva do trabalho clínico. A experiência mostrou que explicitar o lugar de estagiária não fragilizava o vínculo. Ao contrário: permitia que a relação fosse construída a partir de uma realidade compartilhada. A instituição e a supervisão deixavam de ser elementos externos ao atendimento e passavam a compor o próprio enquadre que sustentava o processo.

Foi justamente a partir dessa compreensão que o paradoxo do tempo institucional ganhou maior relevância. O semestre acadêmico aproximava-se do fim. Desde a apresentação do enquadre no primeiro encontro, o término do processo e a temporalidade delimitada pelo calendário acadêmico haviam sido claramente pactuados com João. Diferentemente de um acompanhamento em consultório particular, no qual o encerramento costuma ser balizado prioritariamente pelo tempo do paciente, na clínica-escola o contrato já prevê, desde o início, a articulação entre o tempo do tratamento e o tempo da formação.

Ainda assim, a aproximação desse limite previamente combinado trouxe um novo desafio clínico. Uma coisa é pactuar racionalmente o término no início do processo; outra, bastante diferente, é sustentar os afetos, os receios e as resistências que emergem quando a data combinada se aproxima. A inquietação, portanto, não dizia respeito a uma surpresa com o limite institucional, mas a como manejar a clínica do encerramento: como acompanhar o paciente na elaboração desse término sem transformar um combinado terapêutico em um encerramento burocrático? A finalização do ciclo – ou a possibilidade de transição para outro estagiário – não poderia ser tratada de forma automática apenas porque já estava combinada. Exigia escuta e manejo.

Mais uma vez, a supervisão foi funda-

mental para transformar uma preocupação em possibilidade de manejo. Embora combinada no início, a retomada do término e da transição não deveria ser feita de modo abrupto, nem reduzida a uma informação burocrática de fechamento de ciclo. Era necessário resgatar aquele pacto inicial e criar espaço para que João pudesse elaborar o significado do encerramento, suas expectativas e seus receios diante da possibilidade de transição para outro profissional. Esse processo também me confrontou com uma aprendizagem essencial da clínica: nem sempre o cuidado está na manutenção das mesmas condições ou na perpetuação do vínculo. Em alguns momentos, o cuidado está na capacidade de acompanhar uma travessia e um término previamente anunciados, reconhecendo seus efeitos e construindo condições para que o encerramento seja elaborado com dignidade terapêutica.

Ao revisitar essa experiência, percebo que o caso de João não me ensinou apenas sobre o paciente e o funcionamento da clínica-escola: revelou também aspectos importantes sobre minha própria formação. Minha experiência em ambientes corporativos trouxe um repertório que continua fazendo parte de mim, mas a formação em Psicologia acrescentou uma nova dimensão: a compreensão de que nem todas as questões institucionais podem ser organizadas apenas pela lógica da eficiência ou da previsibilidade. Na clínica, algumas perguntas precisam permanecer abertas por mais tempo; algumas tensões não desaparecem quando encontramos uma solução operacional: precisam ser escutadas, elaboradas e sustentadas.

Ao final desse percurso, percebi que a pergunta que havia levado à supervisão no início do atendimento já não era a mesma. Deixara de ser uma questão sobre a escolha de João por aquele serviço e se transformara em uma reflexão sobre o

próprio lugar da instituição e do enquadre no processo terapêutico e na formação do psicólogo. A supervisão não eliminou os paradoxos que apareceram ao longo do caminho. Fez algo mais importante: criou um espaço para que pudessem ser pensados. Foi nesse deslocamento – da busca por respostas para a capacidade de sustentar perguntas – que reconheci uma das aprendizagens mais significativas da minha formação em Psicologia.

IV. Decisões de manejo e comentário teórico-clínico

Esta vinheta tem uma qualidade rara: percorre, um a um, os três paradoxos que a abertura do capítulo anunciou – o usuário “atípico” no serviço subsidiado, o lugar da estagiária em formação e o descompasso entre o tempo institucional e o tempo do tratamento –, e mostra como cada um deles, longe de ser uma anomalia a corrigir, tornou-se material de elaboração na supervisão. Há ainda um elemento singular: a autora chega à clínica com uma trajetória institucional prévia, e é justamente do atrito entre a lógica organizacional que já dominava e a lógica clínica que aprendia que sua reflexão extrai força. Comentemos as decisões à luz dos operadores gerais.

1. Devolver os impasses estruturais à instância certa

O primeiro acerto da vinheta é também o mais discreto, e convém começar por ele porque é condição de todos os outros. Ao perceber que João tinha condições de custear um atendimento particular, a estagiária sentiu uma inquietação legítima sobre o dispositivo – e tomou a decisão técnica exata: não levá-la à sessão. Como ela mesma escreve, a questão da elegibilidade “pertencia ao processo de triagem

e à própria instituição” e a reflexão “permaneceu no espaço onde deveria ser elaborada: a supervisão”. Isto é precisamente o que o operador prescreve: critérios de acesso, filas e elegibilidade discutem-se na gestão e na supervisão, jamais se descarregam sobre o paciente. A vinheta demonstra a razão clínica disso – se a inquietação tivesse vazado para a sessão, sob a forma de uma moralização silenciosa (“ele está ocupando uma vaga”), teria contaminado a escuta antes mesmo de o tratamento começar. Aqui a advertência do item II, formulada por Lacan (1992b), encontra sua tradução: a clínica-escola vive a tensão entre o discurso universitário – que avalia, classifica, mede – e o discurso do analista; sucumbir ao primeiro seria julgar o paciente pelo marcador socioeconômico em vez de escutá-lo.

2. Escutar a demanda dirigida à instituição

O deslocamento que a supervisão produziu é o coração da vinheta e reproduz com fidelidade o operador: a pergunta “por que alguém que poderia pagar está aqui?” converte-se em “o que esse lugar representa para ele?”. Essa é a chave lacaniana que o item II antecipa com *Função e campo da fala* (Lacan, 1998b): toda demanda é demanda ao Outro, e o endereço escolhido – o serviço-escola, e não o consultório – é ele próprio significante. A vinheta não fecha a interpretação (não decide se João buscava o anonimato, a garantia institucional ou uma posição de exceção), e faz bem em não fechá-la: o que o capítulo ensina, e que a autora pratica, é que a escolha do dispositivo deve ser escutada como parte da demanda, não explicada por critérios objetivos de renda. Reduzir a presença de João a uma anomalia administrativa seria perder exatamente aquilo que, nela, era clínico.

3. Explicitar o dispositivo no contrato – e sustentar o que a explicitação reabre

O segundo paradoxo, o do lugar da estagiária, oferece a lição técnica mais sofisticada da vinheta. A autora havia feito tudo “certo” no sentido formal: informara, de saída, sua condição de estudante e a existência da supervisão. E, no entanto, quando João pergunta por sua experiência, ela percebe que “a informação objetiva não bastava para compreender o que aquela pergunta carregava”. Aqui a vinheta ilustra, com precisão, o que o item II afirma: a pergunta “você é estagiária?” raramente pede só informação, mas pergunta “posso confiar meu sofrimento a você?”, e merece as duas respostas, a factual e a escuta do que nela se endereça. O manejo correto não foi nem negar o limite real da posição (fingir experiência que não se tem), nem se deixar paralisar por ele, mas “sustentar o enquadre construído pela instituição” – reconhecendo que a supervisão não é uma fragilidade a esconder, mas sim parte constitutiva do que se oferece ao paciente. A observação da autora de que explicitar o lugar de estagiária “não fragilizava o vínculo, ao contrário”, confirma clinicamente a tese do capítulo: a transferência que se instala sobre a verdade suporta melhor as transições do que a que se apoia numa idealização.

4. Antecipar as transições – e distinguir pactuar de elaborar

O terceiro paradoxo, o do tempo, é onde a vinheta faz sua contribuição mais original ao capítulo, e merece que o comentário a acompanhe de perto. A autora havia pactuado o término desde o primeiro encontro – cumprira, portanto, o operador de antecipação em sua letra. Mas ela percebe algo que o operador, em sua formulação sintética, pressupõe sem explici-

tar: “uma coisa é pactuar racionalmente o término no início; outra é sustentar os afetos, os receios e as resistências que emergem quando a data se aproxima”. Esta distinção – entre o acordo administrativo e a elaboração clínica do fim – é preciosa, e vale incorporá-la ao repertório do capítulo. Antecipar a transição não é apenas informá-la cedo; é retomá-la, quando o limite se aproxima, como material a ser trabalhado, para que “um combinado terapêutico não se converta em encerramento burocrático”. Herrmann (2001) e Zaslavsky e Santos (2012), citados no item II, fundamentam essa leitura: o método psicanalítico opera em enquadres diversos desde que se preserve sua lógica, e é na supervisão que a adaptação do enquadre institucional se pensa em vez de se improvisar. A formulação final da autora – o cuidado que, às vezes, não está “na perpetuação do vínculo”, mas na capacidade de “acompanhar uma travessia com dignidade terapêutica” – é uma das sínteses mais felizes que esta Parte II produz sobre a ética do encerramento.

Cabe uma palavra sobre a dimensão que faz desta vinheta uma passagem apropriada ao último capítulo desta parte: a implicação da própria autora. A trajetória corporativa prévia – habituada à “lógica da eficiência e da previsibilidade” –

funcionou aqui como um saber que precisou ser, em parte, desaprendido. O reconhecimento de que “algumas perguntas precisam permanecer abertas por mais tempo” e de que “algumas tensões não desaparecem quando encontramos uma solução operacional” é, ele próprio, o testemunho de uma passagem: da posição de quem resolve à posição de quem escuta e sustenta. É o mesmo movimento que atravessa todos os capítulos desta parte – da criança cujo sintoma se lê na estrutura (Capítulo 5) ao caso que toca o analista (Capítulo 11) – e que aqui ganha a nitidez particular de quem, vindo de outra lógica institucional, pôde medir com exatidão a diferença que a clínica introduz.

V. Lições para a supervisão e perguntas para o(a) leitor(a)

Perguntas abertas: 1) Que fantasias o título “estagiária” desperta em você – e quais delas são suas, não do paciente? 2) A quem pertence um caso na clínica-escola: ao paciente, a você, à instituição? 3) O que se transmite a um paciente quando lhe dizemos a verdade sobre o dispositivo? 4) E quando o que o caso toca não é o dispositivo, mas a sua própria história? É o impasse final – e talvez o mais delicado – desta Parte II.

**QUANDO O CASO TOCA O
ANALISTA: RESSONÂNCIAS
PESSOAIS E LIMITES**

LUIZA DE BARROS DARDIM

I. Abertura conceitual

Há casos que atravessam a sessão e continuam em nós: o paciente que passa por um luto quando estamos em luto, a jovem cuja dúvida vocacional é a nossa, a história que se parece demais com a de casa. A formação costuma tratar dessas ressonâncias em voz baixa, como se fossem falha ou fraqueza. Este capítulo as trata em voz alta: ser tocado(a) não é acidente da clínica – é seu pressuposto; sem afetação não há escuta, apenas protocolo. A questão ética não é *se* o caso nos toca, mas *o que fazemos* com esse toque: elaborá-lo como instrumento, atuá-lo como resposta, ou reconhecer o ponto em que ele exige mais do que a supervisão – exige análise pessoal e, às vezes, o encaminhamento do caso.

II. Fundamentação teórica

Freud (1912/2010f), nas “Recomendações aos médicos”, propõe as metáforas célebres – o analista como espelho, que nada mostra além do que lhe é mostrado; como receptor telefônico, que reconverte em inconsciente o que o inconsciente do paciente transmite – e delas extrai a exigência da purificação psicanalítica: ninguém vai, na escuta, além do que seus próprios complexos e resistências permitem. Em *Análise terminável e interminável* (Freud, 1937/2018a), a exigência torna-se programa: a análise pessoal do analista é a condição de seu ofício e deve ser retomada periodicamente, pois o trato constante com o recalcado reativa, em quem escuta, suas próprias moções. *Construções na análise* (Freud, 1937/2018b) completa o tripé: o trabalho do analista é construção e conjectura disciplinada – e quem constrói com material tão inflamável precisa saber onde termina o edifício do paciente e onde começa o seu.

Lacan (1998a) radicaliza a questão em *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*: o analista está menos livre em sua estratégia do que em sua tática, e paga com sua pessoa – mas o que dirige o tratamento não são seus sentimentos, e sim sua posição; os sentimentos do analista, diz Lacan com ironia calculada, só têm um lugar possível nesse jogo: o do morto. A fórmula não prescreve insensibilidade – prescreve que a afetação não dite a jogada. O operador positivo correspondente, como já citado, é o *desejo do analista* (Lacan, 2008): função que mantém aberta a distância entre a identificação e o ato analítico, e que não se ensina – produz-se, na análise pessoal. *A Proposição de 9 de outubro de 1967* (Lacan, 2003b) dá a essa produção seu estatuto institucional: o passe, a transmissão daquilo que uma análise levada ao fim autoriza.

Entre a afetação legítima e a contratransferência atuada, a diferença é de destino, não de intensidade. A afetação legítima é sentida, nomeada, levada à supervisão, eventualmente à análise – e retorna à clínica como instrumento fino: aquilo que sinto pode ser o que o paciente ainda não pode dizer (Heimann, 1950). A contratransferência atuada dispensa a mediação: explica demais, promete resultados, flexibiliza sem critério, pune com o silêncio, retém o paciente que deveria encaminhar. Bollas (1992) oferece um conceito precioso para o(a) iniciante: cada um de nós porta um *idioma pessoal*, um modo singular de ser usado como objeto pelo paciente – conhecê-lo é a diferença entre servir ao tratamento e servir-se dele. E a escrita clínica, como vimos no Capítulo 3, funciona aqui como filtro técnico: o “observa-se que...”, o fraseado na forma de voz passiva sintética, descenra o Eu do(a) estagiário(a) no exato ponto em que ele tenderia a ocupar toda a cena (“acredito que...”, “senti que...”). Quinet

(2009) e Soler (1995) lembram, por fim, o tripé sem o qual nada disso se sustenta: análise pessoal, supervisão e estudo teórico – e o critério de humildade que decide os limites: quando a ressonância persiste, distorce a escuta ou coincide com um ponto cego não analisado, intensifica-se a supervisão; quando nem isso basta, a decisão mais analítica pode ser encaminhar o caso – não como fracasso, mas como ato de responsabilidade.

Box interdisciplinar

Todas as abordagens reconhecem o problema sob algum nome: “auto-cuidado do terapeuta” e manejo das próprias crenças na TCC; congruência e limites da empatia na tradição humanista. E todas convergem na mesma salvaguarda deontológica: o(a) profissional (ou estagiário(a)) que identifica comprometimento de sua capacidade de atender deve buscar ajuda – supervisão, terapia pessoal – e, se necessário, transferir o cuidado de forma responsável.

III. Vinheta

O caso refere-se ao atendimento psicológico de uma mulher na faixa dos quarenta anos, após procura espontânea. Sua principal demanda dizia respeito às insatisfações vividas no relacionamento afetivo – marcado por conflitos, sentimentos de desvalorização e pela dificuldade de romper com uma dinâmica que ela mesma reconhecia como fonte de sofrimento. Ao longo do processo, surgiam também relatos de uma relação conflituosa com a mãe, descrita como emocionalmente desgastante, embora a paciente demonstrasse pouca disponibilidade para elaborar essa parte de sua história.

Nas primeiras sessões, minha atenção estava voltada para a compreensão da demanda e para a construção do vínculo terapêutico. À medida que os encontros se sucediam, porém, comecei a perceber que certos aspectos da relação estabelecida entre nós produziam em mim um desconforto que extrapolava as inquietações esperadas no início da prática clínica. Durante as sessões, a paciente frequentemente reagia às minhas intervenções com expressões faciais de estranhamento ou desaprovação. Em contraste, ao final de cada encontro, aproximava-se espontaneamente para um abraço – gesto que se repetia de maneira consistente e que, embora pudesse ser compreendido como demonstração de afeto, provocava em mim uma crescente sensação de invasão do enquadre.

Reconheci que o caso já não se mantinha restrito ao espaço da sessão quando passei a antecipar os atendimentos com incômodo. Entre uma sessão e outra, permanecia pensando na paciente e nas dificuldades de condução do caso. Perguntava-me se minhas intervenções eram suficientes, frustrava-me com o que percebia como pouca evolução do processo e, em alguns momentos, surpreendia-me desejando que o atendimento terminasse logo. Reconhecer esses sentimentos foi desconfortável, sobretudo por confrontarem a imagem que eu construía de mim como “boa terapeuta”. Aos poucos, compreendi que o sofrimento não se relacionava apenas à complexidade do caso, mas também ao modo como ele mobilizava aspectos da minha própria posição profissional.

Essa percepção tornou-se ainda mais nítida quando a paciente começou a se interessar por elementos da minha vida pessoal. Em uma sessão, notou que eu usava aliança; em outro momento, percebeu sua ausência e interrompeu a conversa para

saber o motivo. Embora eu não tenha respondido, o episódio permaneceu comigo por dias. Perguntava-me por que saber da minha vida a interessava tanto, se estávamos ali para falar dela – e, sobretudo, por que sua curiosidade despertava em mim tamanho desconforto. Hoje compreendo que a questão ultrapassava a pergunta da paciente: o que me afetava era a sensação de que os contornos entre a pessoa e a terapeuta começavam a se tornar menos nítidos, convocando-me a sustentar um lugar profissional que eu ainda estava aprendendo a ocupar.

Na tentativa de lidar com o mal-estar provocado pelos abraços, busquei inicialmente uma solução silenciosa. Em determinado encontro, permaneci sentada ao encerrar o atendimento, deixando de acompanhá-la até a porta, como fazia habitualmente, na expectativa de inibir a aproximação. A estratégia não produziu o efeito esperado: a paciente aproximou-se da mesma forma e me abraçou enquanto eu ainda permanecia na cadeira. Retomando o episódio depois, compreendi que aquela tentativa representava menos um manejo clínico do que uma dificuldade minha de nomear e sustentar um limite de maneira explícita. Em vez de elaborar o incômodo, procurei contorná-lo.

Foi na supervisão que esse movimento pôde ser compreendido de outra maneira. Ao apresentar minhas inquietações, encontrei um espaço em que o desconforto não foi lido como sinal de incompetência, mas como elemento legítimo da experiência clínica. As discussões permitiram deslocar o foco da pergunta “o que há de errado com essa paciente?” para uma questão mais fecunda: “o que essa relação desperta em mim e como isso pode interferir na minha escuta?”. A supervisão também evidenciou a importância de sustentar o enquadre não como expressão de frieza ou distanciamento, mas como

condição ética do trabalho clínico, preservando a assimetria própria da relação terapêutica.

Ao lembrar o caso, entendo que a afetação não constituiu o principal risco; o risco residia na possibilidade de responder a ela de forma atuada – seja cedendo à aproximação para evitar o desconforto, seja afastando-me emocionalmente da paciente como forma de proteção. Elaborar essas reações em supervisão permitiu transformá-las em objeto de reflexão, e não de atuação. Mais do que aprender sobre limites, esse encontro clínico tornou evidente que sustentar o lugar do analista implica reconhecer a própria implicação subjetiva sem permitir que ela ocupe o espaço da escuta do outro.

IV. Decisões de manejo e comentário teórico-clínico

A vinheta é exemplar justamente porque nela quase nada “acontece” no registro dos grandes eventos clínicos – e, no entanto, tudo se decide. O que ela põe em cena é o traço mais característico deste capítulo: o caso que toca o(a) analista raramente se anuncia por uma catástrofe; anuncia-se por um incômodo que migra da sessão para a véspera da sessão, do consultório para a cabeça de quem conduz. A estagiária nomeia com precisão esse deslocamento – “reconheci que o caso já não se mantinha restrito ao espaço da sessão quando passei a antecipar os atendimentos com incômodo”, e é esse reconhecimento, e não o abraço da paciente, o verdadeiro início do manejo. Comentemos as decisões à luz dos operadores gerais.

1. Sustentar o limite como operação clínica, não como reação silenciosa

O episódio da cadeira é a lição técnica central da vinheta e a própria autora

a extrai com lucidez: permanecer sentada para “inibir” a aproximação foi, em suas palavras, “menos um manejo clínico e mais uma dificuldade de nomear e sustentar um limite de maneira explícita”. Aqui o enquadre – definido no Capítulo 2 como estrutura e função de contenção – é testado no ponto exato em que o(a) iniciante mais vacila: transformar um mal-estar em palavra dirigida ao paciente. A tentativa de contornar o limite pela via da encenação muda (não acompanhar até a porta) é uma forma de atuação da própria terapeuta – discreta, mas atuação – e o caso demonstra por que ela fracassa: um limite que não é dito não organiza o campo, apenas desloca o desconforto. O manejo indicado não é impedir fisicamente o gesto nem tolerá-lo com desconforto crescente, mas nomeá-lo como material – devolver à paciente, em algum momento oportuno, que aquele gesto de despedida merece ser pensado entre as duas.

2. Sustentar a pergunta em vez de respondê-la

A cena da aliança realiza, quase didaticamente, o operador que o item II formula com Lacan (1998a): não deixar que os sentimentos do analista dirijam a jogada. A estagiária não respondeu à pergunta sobre a aliança – e essa abstenção, longe de ser uma esquiva, foi seu primeiro acerto técnico: a curiosidade da paciente sobre a vida da terapeuta é material da paciente, não um pedido de informação a ser satisfeito. O que a vinheta acrescenta, com honestidade rara, é que a abstenção no ato não encerra o trabalho: “o episódio permaneceu comigo por dias”. Não responder à paciente foi correto; o que restou a elaborar – em supervisão e, eventualmente, em análise – foi o porquê do próprio desconforto. A regra da abstinência (Freud, 1915/2010e) protege o disposi-

tivo do lado do paciente; ela não dispensa o(a) analista de fazer, do próprio lado, o trabalho que a abstinência lhe devolve.

3. Levar a ressonância à supervisão – e o critério temporal que a autoriza

A vinheta oferece o indicador clínico mais confiável de que uma afetação já não é “apenas do caso”: a antecipação. Quando o incômodo passa a habitar o intervalo entre as sessões – a ansiedade da véspera, o pensamento que não cessa, o desejo de que “o atendimento acabasse logo” –, cruza-se a linha que separa a afetação legítima da contratransferência a caminho da atuação. Foi precisamente esse o material que a supervisão pôde reposicionar, operando como o “terceiro” que o Capítulo 8 descreve: deslocar a pergunta de “o que há de errado com essa paciente?” para “o que essa relação desperta em mim?”. Esse deslocamento é a definição prática do que Heimann (1950) chamou de converter a contratransferência em instrumento – e o que impediu, no caso, que o desconforto se resolvesse pela via mais tentadora para o(a) iniciante: afastar-se emocionalmente sob a aparência de “neutralidade”.

4. Delimitar o Eu – na escrita e na posição

A própria narrativa da estagiária encena o trânsito que o Capítulo 3 propõe como filtro técnico: a passagem do “senti que” e “me frustrava” – legítimos no registro do testemunho e da supervisão – para o “observa-se que” do documento clínico. Vale sublinhar a articulação: o descentramento do Eu na escrita não é um artifício estilístico, mas o correlato documental da mesma operação subjetiva que a vinheta descreve – sustentar um lugar profissional distinto da pessoa. A dificuldade que a autora nomeia (“contornos entre a pessoa e a terapeuta co-

meçavam a se tornar menos nítidos”) é exatamente aquilo que a gramática do relatório existe para proteger.

5. Avaliar ritmo e limites – e o que este caso, corretamente, não exigiu

Nem toda ressonância culmina em encaminhamento e seria um contrassenso ler nesta vinheta uma indicação de referência. Ao contrário: o caso ilustra o cenário mais comum e mais formativo – aquele em que a afetação é intensa, mas possível de elaborar, e em que a supervisão é suficiente para reconduzir a escuta. O operador de Bollas (1992) esclarece o que estava em jogo: a paciente convocava a terapeuta a um uso particular – ora desaprovadora, ora colada no afeto do abraço, ora curiosa sobre sua intimidade –, e reconhecer esse “idioma” foi o que permitiu à estagiária servir ao tratamento em vez de servir-se dele para aplacar o próprio incômodo. O encaminhamento (Capítulo 15) permanece como horizonte ético para os casos em que a ressonância persiste, distorce a escuta ou coincide com um ponto cego não analisado; a maturidade clínica consiste tanto em saber referenciar quando é preciso quanto em não referenciar quando o que se exige é, simplesmente, sustentar a própria implicação e continuar trabalhando.

O que a vinheta transmite, ao fim, não é uma técnica de como impedir abraços – é algo mais valioso e mais difícil de ensinar: que o primeiro instrumento do(a) analista em formação é a capacidade de reconhecer que foi tocado(a), sem fazer disso nem uma vergonha a esconder da supervisão nem uma licença para atuar. Entre ceder e blindar-se, há um terceiro caminho – nomear, elaborar, sustentar –, e é esse caminho que a autora, ao escrever seu próprio caso, já começou a percorrer.

V. Lições para a supervisão e perguntas para o(a) leitor(a)

Encerramos a Parte II, em que toda formação verdadeiramente começa: no divã do(a) próprio(a) analista. Perguntas abertas: 1) Que paciente você evitaria receber – e o que isso revela do seu idioma pessoal? 2) Qual foi a última vez que a supervisão não bastou, e o que você fez com isso? 3) O que diferencia usar a própria ferida para escutar de fazer o paciente pagar por ela? 4) Se a clínica nos toca inevitavelmente, que instrumentos concretos – boxes, roteiros, mapas – podem amparar a decisão nos momentos em que o toque compromete o discernimento? A Parte III, que se abre a seguir, é a resposta operacional a essa última pergunta.

PARTE III

FERRAMENTAS

As ferramentas desta parte são cartografias operacionais, não protocolos: auxiliam decisões prudentes nos impasses mais frequentes, preservando a singularidade do caso e a ética. Nenhum quadro substitui a escuta, a supervisão ou as normas institucionais e profissionais vigentes.

12

**BOXES “O QUE OBSERVAR/
O QUE EVITAR” POR IMPASSE**

Os boxes a seguir condensam, por impasse típico dos primeiros atendimentos, os pontos de atenção (observar) e os desvios mais frequentes (evitar). Recomenda-se sua releitura antes das sessões iniciais e como roteiro de preparação para a supervisão.

BOX 1 – PRIMEIRAS ENTREVISTAS

Observar: como o paciente chega (pontualidade, hesitação, modo de ocupar o espaço); a demanda manifesta e a demanda relacional (o que diz querer × o que parece esperar da relação); a reação ao enquadre proposto (concordância imediata, barganha, medo de compromisso); a capacidade de associar e a tolerância ao silêncio; a resposta a cada intervenção (aproximação, defensividade, mudança de assunto); sinais de risco e condições objetivas de vida.

Evitar: transformar a entrevista em interrogatório ou em biografia completa; interpretar precocemente; prometer diagnóstico, prazo ou cura; concluir gravidade pela intensidade emocional (ou descartá-la pela calma aparente); encerrar sem plano e sem próximo passo claro.

BOX 2 – SILÊNCIO

Observar: a qualidade do silêncio (elaborativo, persecutório, desafiador, deprimido); em que ponto da sessão ele surge e após qual intervenção; o que o próprio corpo do(a) estagiário(a) faz durante o silêncio (tensão, impulso de preencher).

Evitar: confundir silêncio com técnica – o silêncio defensivo do(a) terapeuta não é neutralidade; preencher toda pausa com perguntas; exigir associação livre de quem ainda não pode produzi-la; usar o silêncio como punição velada.

BOX 3 – FALTAS E ADESÃO (DESENVOLVIMENTO NO CAPÍTULO 7; MAPA NO CAPÍTULO 15)

Observar: como a falta aparece – recusa, pedido de lugar, ensaio de poder, efeito de condições objetivas; mudanças de discurso nas sessões subsequentes à ausência (culpa, movimento de confronto, teste de consistência); as ressonâncias no(a) estagiário(a) – vontade de explicar, de resgatar, de prometer.

Evitar: transformar o contrato em moralismo (“não pode faltar”) ou em *laissez-faire* (“tudo bem, acontece”); responder à angústia com certezas – garantir desfechos, prometer melhora rápida, flexibilizar sem critério; redigir relatórios opinativos – preferir linguagem descritiva, datada, com verbos de observação e manejo.

BOX 4 – PEDIDOS DE GARANTIA E DEMANDA DE CONSELHO

Observar: o que o pedido endereça (a quem o paciente pergunta, de fato); se há situação concreta que exija orientação objetiva (risco, direito, encaminhamento); a urgência de quem – do paciente ou do(a) estagiário(a).

Evitar: aconselhar para aliviar a própria impotência; responder à pergunta “vale a pena continuar?” em vez de sustentá-la como material; recusar toda orientação por princípio quando há necessidade concreta legítima.

BOX 5 – AFETOS INTENSOS NA SESSÃO (CHORO, RAIVA, EROTIZAÇÃO)

Observar: o que precipitou o afeto; se ele comunica ou descarrega; a própria resposta contratransferencial (consolar depressa, retrain, corresponder); a capacidade do paciente de retomar a palavra após o transbordamento.

Evitar: interromper o afeto com racionalizações; tocar o paciente ou prometer presença fora do enquadre como resposta ao apelo; interpretar a erotização no calor da cena; sair da sessão sem registrar e sem levar à supervisão.

BOX 6 – DISCORDÂNCIA E CRÍTICA AO TRATAMENTO

Observar: o que a discordância pode indicar – autonomia, incompreensão, erro real do(a) terapeuta, diferença cultural, ruptura da aliança; o momento em que surgiu; a tentação de patologizá-la.

Evitar: chamar toda divergência de resistência; defender-se ou justificar-se longamente; fingir que o vínculo está intacto quando há ruptura – o reparo começa por reconhecê-la e convidar o paciente a descrevê-la.

BOX 7 – PSEUDOALIANÇA (A SESSÃO “BOA DEMAIS”)

Observar: concordância imediata com toda interpretação; discurso que imita a linguagem do(a) terapeuta; sofisticação sem afeto; melhora apenas declarada, sem correlato na vida.

Evitar: confundir concordância com progresso; alimentar o próprio narcisismo com o “bom paciente”; deixar de perguntar o que a docilidade evita.

BOX 8 – QUANDO O CASO TOCA O(A) ESTAGIÁRIO(A) (DESENVOLVIMENTO NO CAPÍTULO 11)

Observar: ansiedade que antecede sessões específicas; identificações (“ele é igual a...”); impulsos de exceção (estender hora, atender demandas, reter o caso); repetição do mesmo afeto sessão após sessão.

Evitar: decidir tecnicamente sob afeto não elaborado; ocultar a ressonância na supervisão; converter a sessão em autotratamento; permanecer com o caso quando a escuta está comprometida.

BOX 9 – MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA

Observar: como raça, gênero, sexualidade, classe, deficiência, religiosidade e território atravessam a queixa, o acesso ao serviço e a própria transferência; o que o paciente supõe que o(a) estagiário(a) sabe – ou julga – sobre seu modo de viver; o silêncio sobre uma diferença evidente na sala (quem não a nomeia, e por quê); a linguagem do encaminhamento, que às vezes já chega patologizando um modo de existência; as condições materiais de acesso (transporte, horário, mobilidade, acessibilidade da sala); e a própria posição do(a) estagiário(a) – seus marcadores, seus pontos cegos, aquilo que lhe parece “natural” por lhe ser familiar.

Evitar: presumir identidade, orientação, crença ou pertencimento a partir de aparência ou nome/sobrenome; tratar a diferença como tema a ser circunscrito pelo(a) terapeuta fora de tempo, ou como assunto a evitar por receio de errar; converter sofrimento produzido por discriminação em déficit individual; supor que neutralidade equivale a não ver a diferença; e, no polo oposto, reduzir o sujeito ao marcador, lendo tudo o que ele diz como expressão de um grupo. Registrar tais elementos apenas quando pertinentes à finalidade clínica (cf. Capítulos 3 e 4), lembrando que raça, religião, vida sexual e saúde constituem dados pessoais sensíveis na acepção da LGPD.

Sinais de alerta: supervisão imediata, sem aguardar o encontro regular: risco de suicídio, de autolesão ou de violência contra terceiros; suspeita de abuso ou negligência (sobretudo de crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência); sintomas psicóticos agudos (alucinações, delírios, perda de juízo crítico) ou desorganização psíquica grave; intoxicação; comprometimento significativo da capacidade de autocuidado; suspeita de transtorno alimentar com repercussão clínica; quebra relevante de sigilo; contato físico ou proposta de relação fora do dispositivo; desaparecimento do paciente após relato de risco; dúvida sobre comunicação obrigatória a autoridades; vontade intensa de abandonar ou punir o paciente; alteração não autorizada do enquadre.

13

***CHECKLISTS* DE PRIMEIRA ENTREVISTA E SEGUIMENTO**

MARIANA SALLES KEHL

A primeira entrevista cumpre quatro funções simultâneas: acolher e estabelecer segurança; compreender a demanda; avaliar risco, funcionamento e necessidades; definir um próximo passo compartilhado. Ela é avaliativa e terapêutica – e não precisa (nem deve) esgotar a biografia: reúne o suficiente para responder “o que está acontecendo? há risco? este serviço é adequado? qual o próximo passo?”. O *checklist* é suporte de memória, não roteiro inflexível: a ordem é a da escuta, não a da lista.

13.1. Primeira entrevista/triagem – Adulto

Abertura e contrato: apresentar-se, informar a condição de estagiário(a) e a existência de supervisão; explicar objetivo e duração do encontro; esclarecer sigilo e seus limites; informar como os dados serão registrados; abrir espaço para dúvidas; pergunta inicial ampla (“o que fez você procurar atendimento neste momento?”).

Demanda e problema atual: queixa principal; início, evolução e elementos desencadeadores; frequência e intensidade; impacto na rotina; o que piora e o que alivia; tentativas anteriores; expectativas; divergência entre demanda própria e de terceiros.

Funcionamento atual: humor e afeto; sono; alimentação; energia; atenção e memória; trabalho/estudo; autocuidado; relações.

Avaliação de risco (direta, respeitosa e proporcional – perguntar não “implanta” ideia): pensamentos de morte e ideia suicida (frequência, intensidade, intenção, plano, acesso a meios, tentativas anteriores, razões para viver, rede de apoio); autolesão (frequência, contexto

de ocorrência, função que cumpre para o sujeito, presença ou ausência de intenção suicida); risco de violência (ameaças, alvo, meios, episódios anteriores); vulnerabilidade (violência doméstica, abuso, negligência, situação de rua); desorganização aguda (psicose, mania, intoxicação, confusão).

Histórico essencial (não exaustivo): tratamentos e internações anteriores; medicações; diagnósticos prévios; uso de substâncias (padrão, contexto, consequências); condições médicas e acompanhamentos; eventos críticos recentes; rede de apoio.

Recursos e fatores de proteção: capacidade de pedir ajuda; vínculos estáveis; trabalho/estudo; interesses; espiritualidade; estratégias de enfrentamento; motivação.

Fechamento: resumir o compreendido e perguntar se algo essencial ficou de fora; verificar como a pessoa se sentiu; explicar a impressão inicial sem certeza excessiva; definir o próximo passo (inclusive a discussão em supervisão); combinar data ou contato; reforçar plano de segurança quando necessário; registrar (Capítulo 3) e listar questões para a supervisão.

13.2. Especificidades – Criança e adolescente

Entrevista inicial com responsáveis (queixa, história do desenvolvimento, contexto familiar e escolar, expectativas) e tempo próprio com a criança (apresentação adequada à idade; explicação do que é aquele espaço; observação do brincar – como entra na sala, como usa os recursos lúdicos, temas e rupturas do jogo). Esclarecer aos responsáveis, desde o início, o duplo enquadre: o que será comunicado

(orientações, direções gerais) e o que será resguardado (conteúdo das sessões), ressaltadas situações de risco. Atenção obrigatória a sinais de maus-tratos e negligência – que impõem o fluxo institucional de proteção.

13.3. Seguimento (sessões subsequentes)

Mudanças desde a última sessão e eventos críticos; evolução de sintomas e funcionamento; **reavaliação de risco** sempre que houver ideação ou autolesão prévias, piora, perda, intoxicação, ruptura de vínculo ou mudança abrupta (a avaliação da primeira sessão não permanece válida por decreto); aliança e possíveis rupturas (“há algo que você gostaria que fosse diferente aqui?”); enquadre (atrasos, faltas, pedidos de mudança – dimensão prática e

relacional); resposta às intervenções; atualização da formulação (hipóteses permanecem provisórias); plano (foco seguinte, encaminhamentos, frequência); registro e questões para supervisão.

Nota sobre instrumentos padronizados – Rastreios e escalas podem qualificar a triagem quando validados para a população, aplicados com competência e integrados à entrevista – mas **rastreio não é diagnóstico**: resultado positivo indica necessidade de avaliação adicional; resultado negativo não garante ausência de problema. Não aplicar testes em momentos de crise aguda, sem finalidade definida ou sem plano para o resultado. A seleção e o uso de instrumentos de avaliação psicológica seguem as normas do CFP e a orientação do(a) supervisor(a) de estágio.



MODELOS DE RELATÓRIO E LINGUAGEM TÉCNICA

Este capítulo operacionaliza o Capítulo 3. Os modelos observam a Resolução CFP nº 06/2019 e os formatos institucionais do *Manual de Estágio Supervisionado* (Anexos H, I e J – relatório psicológico, relatório semanal de campo e relatório acadêmico final), incluindo cabeçalho, paginação, rubricas e assinaturas exigidas (Centro Universitário São Camilo, 2026).

14.1. A cadeia argumentativa

Todo documento responde a uma demanda por meio da cadeia **demanda** → **procedimentos** → **dados** → **integração** → **conclusão** → **recomendações**. Antes do formato, três perguntas: qual é a finalidade legítima desta comunicação? Quem a lerá? O que é **pertinente** – nem omissão prejudicial, nem exposição excessiva?

14.2. Modelo curto – Evolução

Estrutura: **situação + informação relevante + intervenção + avaliação (incluindo risco, quando indicado) + plano**.

Exemplo: “Atendimento individual presencial. A paciente relatou intensificação da insônia e preocupações após mudança no trabalho, negando ideação suicida atual. Exploraram-se fatores precipitantes e recursos de regulação previamente eficazes; retomou-se o contrato quanto à falta da semana anterior, trabalhada como material de sessão. Pactuada atenção ao padrão de sono; próxima sessão agendada para o dia [xx/xx/xxxx].”

Contraexemplo (vago): “Sessão realizada. Paciente falou de seus problemas. Trabalhadas questões emocionais. Segue em acompanhamento.” – não documenta foco, intervenção, evolução nem decisão.

Contraexemplo (excessivo): transcri-

ção de conteúdos íntimos, nomes de terceiros e detalhes sem função assistencial – verdadeiro, porém impertinente.

14.3. Modelo – Relatório semanal de campo

Produzido a cada atividade prática, no prazo máximo de sete dias corridos, e corrigido pelo(a) orientador(a) em até 15 dias (Centro Universitário São Camilo, 2026, Anexo I). Diferentemente da evolução (item 14.2), este relatório é descritivo-reflexivo e **exige fundamentação teórica explícita** a cada semana – é o espaço em que o(a) estagiário(a) articula o que viveu na sessão ao arcabouço conceitual estudado.

Estrutura (com cabeçalho obrigatório – nome do local de estágio, orientador(a)/CRP, estagiário(a)/RA – e paginação):

1. **Atividades realizadas** (síntese objetiva: atendimento, entrevista, triagem, visita, reunião de equipe).
2. **Pessoas envolvidas nas atividades realizadas** (identificação funcional, sem dados que permitam reidentificação).
3. **Descrição das atividades realizadas** (relato reflexivo da sessão: o que ocorreu, como o(a) estagiário(a) interveio, o que observou).
4. **Percepções e reflexões teórico-práticas** (núcleo do documento: articulação entre o vivido e um referencial teórico nomeado – não basta descrever, é preciso pensar com um autor).
5. **Referências bibliográficas** (ao menos uma fonte teórica por relatório, em ABNT).
6. **Evolução** (síntese do estado do caso a ser incorporada, após correção, ao prontuário).

Exemplo: “A paciente relatou, pela segunda semana consecutiva, dúvidas sobre a continuidade do tratamento, associando-as a uma sensação de estar sendo ‘testada’ pelo *setting*. Compreen-

do esse movimento à luz do que Freud (1912/2010a) descreve como resistência de transferência: a proximidade do conflito reativa a relação com quem escuta como campo de batalha. Optou-se por não interpretar o conteúdo diretamente, sustentando antes a pergunta como material de trabalho, conforme discutido em supervisão”.

Contraexemplo (sem fundamentação – a evitar): “A paciente disse que estava em dúvida se continuava. Acho que ela não confia em mim ainda. Vamos ver na próxima semana”.

14.4. Modelo – Relatório psicológico

1. **Identificação e finalidade** (pessoa atendida, solicitante, destinatário, autor(a)/estagiário(a) e orientador(a) com CRP, finalidade concreta – nunca “para os devidos fins”). 2. **Descrição da demanda** (quem solicitou, por que, que questão o documento responde, limites). 3. **Procedimentos** (encontros, entrevistas, observações, instrumentos, fontes, período, limitações – cada procedimento justificado pela demanda). 4. **Análise/integração** (história relevante + resultados + integração: convergências, divergências, hipóteses; núcleo do documento – não colagem de dados). 5. **Conclusão** (responde diretamente à demanda; proporcional às evidências; sem informação nova). 6. **Recomendações** (específicas, viáveis, decorrentes dos achados). 7. **Fechamento** (local, data, assinaturas e requisitos formais institucionais).

Exemplo de conclusão calibrada: “Os dados sugerem dificuldades relevantes de atenção sustentada, intensificadas por ansiedade de desempenho. Os resultados não sustentam, isoladamente, conclusão diagnóstica definitiva, sendo

indicados acompanhamento longitudinal e articulação com o contexto escolar”.

14.5. Modelo – Relatório acadêmico (final)

Documento de encerramento do semestre letivo, que **sintetiza todo o percurso do atendimento** – não apenas uma sessão – e exige, mais que qualquer outro documento aqui apresentado, fundamentação teórica sustentada (Centro Universitário São Camilo, 2026, Anexo J). É o texto em que a hipótese diagnóstica, a compreensão do caso e a articulação teórica precisam estar explícitas e demonstráveis, com referências bibliográficas completas ao final.

Estrutura institucional (11 seções, cabeçalho e data de início/término do estágio obrigatórios):

1. **Identificação** (do paciente, por número de prontuário – nunca por nome; demais informações: gênero, idade, ocupação). 2. **Interessados/profissionais solicitantes**. 3. **Finalidade/assunto**. 4. **Descrição da queixa/demanda** (motivos da procura, quadro sintomático detalhado). 5. **Síntese histórico-pessoal e clínico** (apenas o pertinente ao entendimento do caso). 6. **Procedimentos** (pessoas ouvidas, recursos e instrumentos utilizados ao longo do semestre). 7. **Síntese dos atendimentos** (local, datas de início e término, sessões previstas x comparecidas, faltas, desmarcações – cf. Cap. 7 e 15 para a leitura clínica dessas ausências). 8. **Compreensão do caso** (hipótese diagnóstica, funcionamento psíquico, objetivos e estratégias – aqui a fundamentação teórica é obrigatória e deve ser nomeada: qual operador conceitual sustenta a hipótese?) 9. **Análise dos atendimentos e evolução do processo** (como o caso se desenvolveu ao longo do semestre, conjugado ao referencial teórico). 10. **Conclusão e encaminhamentos**. 11. **Conclusão geral** (fechamento do processo na instituição, propostas de conti-

nuidade). **Referências bibliográficas** (ABNT, obrigatórias – este é o único modelo, entre os quatro do capítulo, que exige lista de referências própria e completa ao final do documento, e não apenas citações pontuais).

Exemplo: “Ao longo dos catorze atendimentos realizados, observou-se um padrão relacional marcado pela dificuldade de sustentar a ambivalência diante de figuras de autoridade, com oscilação entre idealização e desqualificação abrupta – inclusive na relação transferencial com a estagiária. Compreende-se esse funcionamento à luz da leitura lacaniana da neurose obsessiva, na qual o sujeito se protege da falta no Outro por meio do controle e da antecipação (Lacan, 1998a). A hipótese orientou o manejo: evitou-se qualquer garantia ou explicação antecipada, sustentando a pergunta do paciente como motor do trabalho, com resultados observáveis na maior tolerância à incerteza registrada nas últimas quatro sessões”.

Contraexemplo (sem fundamentação – a evitar): “O paciente tem dificuldade de confiar nas pessoas. Acho que isso vem da

relação com o pai. No geral, o tratamento foi positivo”.

14.6. Linguagem técnica: verbos de manejo e expressões calibradas

Prefiram-se verbos que documentam operações (observou-se, retomou-se o contrato, sustentou-se a questão como material de trabalho, acordou-se intensificação, orientou-se, encaminhou-se, articulou-se a rede, reavaliou-se o risco) a verbos de opinião (acho, sinto, acredito). Gradue-se a certeza: “é compatível com”, “sugere”, “não permite concluir”, “constitui hipótese clínica”.

Modelo de frase para relatório: “Nas últimas quatro semanas, registraram-se duas ausências alternadas. Em sessão, o paciente desloca a pergunta ‘vale a pena?’ para o dispositivo, solicitando garantias. O manejo consistiu em retomar o contrato simbólico, sustentar a questão como material de trabalho e acordar intensificação por três encontros, mantendo orientação para reavaliação conjunta”.

Evitar	Alternativa
“Para os devidos fins”	Indicar finalidade concreta e destinatário
“Manipulador”, “resistente”	Descrever o comportamento e o contexto
“Não aderente”	Registrar faltas, interrupções e razões relatadas
“Família desestruturada”	Descrever composição e dificuldades relevantes
“Possui baixa autoestima”	Descrever autocrítica e situações associadas
“Comprova”, “certamente”	“Sugere”, “é compatível com”, indicar grau de confiança
“Sempre”/“nunca”	Delimitar frequência e período
“O teste revelou”	“O desempenho no instrumento indicou”
“Acredito que...”	“Observa-se que...”/“Os dados sugerem...”

Revisão final (checklist): finalidade clara? destinatário identificado? fontes diferenciadas? hipóteses como hipóteses? conclusão decorre dos dados? limitações

explicitadas? há exposição desnecessária? linguagem respeitosa e compreensível? sigilo preservado? requisitos formais atendidos? revisado pelo(a) orientador(a)?

15

**MAPAS DECISÓRIOS: MANTER,
INTENSIFICAR, REFERENCIAR**

A decisão clínica recorrente da clínica-escola não é binária (“manter ou encaminhar”), mas graduada: manter sozinho(a), **manter com apoio, intensificar, compartilhar o cuidado ou referenciar** – sempre com continuidade. Cinco perguntas a organizam: Qual é a gravidade atual? Há risco imediato? O serviço possui competência e recursos? A pessoa está respondendo ao cuidado? Outro ponto da rede acrescentará algo necessário?

15.1. Fluxo em quatro etapas

Etapa 1 – Há risco imediato ou desorganização grave?

Sim → acionar imediatamente orientador(a) e responsável técnico(a); avaliar risco; não deixar a pessoa sem plano; considerar urgência/emergência, CAPS ou hospital conforme o caso; articular rede de apoio; compartilhar apenas o necessário; registrar decisão e justificativa.

Não → Etapa 2.

Etapa 2 – O serviço atual possui competência e recursos para esta demanda?

Sim → Etapa 3. Parcialmente → intensificar e compartilhar (supervisão, interconsulta, avaliação médica, acompanhamento conjunto).

Não → referenciar com transição acompanhada.

Etapa 3 – A pessoa está estável e respondendo?

Sim → manter (frequência, objetivos, monitoramento, revisão periódica, alta planejada quando apropriado).

Parcialmente → intensificar (revisar formulação, aumentar frequência, avaliar comorbidades e medicação, ampliar rede, redefinir objetivos).

Não → Etapa 4.

Etapa 4 – A ausência de resposta decorre de barreira corrigível (transporte, horário, vínculo, compreensão do plano, condição social)?

Sim → corrigir antes de encaminhar

Não → referenciar ou compartilhar com serviço de maior complexidade.

15.2. Indicadores por decisão

Manter: risco baixo e estável; funcionamento preservado; vínculo e adesão suficientes; resposta presente ou progressiva; serviço adequado; plano compreendido.

Evitar: manter por inércia ou por carga horária; confundir vínculo com dependência; reter o caso por medo de “perdê-lo”.

Intensificar: piora recente sem risco imediato; aumento de faltas; isolamento; redução do autocuidado; crise familiar; início de medicação; ruptura da aliança; vulnerabilidade agravada. Intensificar não é só aumentar sessões: inclui plano de segurança, inclusão familiar, articulação com Atenção Primária, discussão multiprofissional.

Referenciar: **avaliação psiquiátrica** – necessidade de avaliação medicamentosa, depressão moderada/grave, mania, psicose, risco suicida, sintomas resistentes; **urgência/emergência** – risco iminente, tentativa recente, intoxicação, agitação grave, incapacidade de autocuidado; **CAPS/serviço especializado** – sofrimento grave e persistente, necessidade de cuidado multiprofissional intensivo, uso problemático de substâncias; **avaliação médica** – sintomas físicos novos, suspeita de condição orgânica; **assistência social (CRAS/CREAS)** – quando a barreira principal é moradia, renda, violência, proteção; **avaliação educacional/neuropsicológica** – dificuldades persistentes de aprendizagem, suspeita de alteração cognitiva.

15.3. Encaminhamento não é (necessariamente) alta

Referenciamento assistido inclui: explicar à pessoa o motivo e os benefícios esperados; identificar o serviço de

destino e a forma de acesso; produzir relatório mínimo (informação pertinente, não o prontuário completo); manter o acompanhamento até a confirmação do acolhimento, quando necessário; planejar o retorno e registrar tudo.

Modelo inadequado: “procure um psiquiatra”.

Modelo adequado: “pelo aumento dos sintomas e pela alteração importante do sono, considero necessária uma avaliação psiquiátrica; vou explicar as opções, registrar as informações essenciais e manter nosso acompanhamento enquanto o acesso se organiza”.

Os limites do dispositivo: o serviço-escola não oferece tudo, e reconhecê-lo é operação clínica, não confissão de insuficiência. Ele opera em ciclos semestrais, com rotatividade de estagiários(as), carga horária delimitada e sem retaguarda para urgência fora dos horários institucionais – condições que, por si, contraindicam certos acompanhamentos. Além dos critérios já expostos, a continuidade deixa de estar indicada quando: o quadro exige cuidado intensivo, multiprofissional ou disponibilidade que o dispositivo não sustenta; a permanência atende mais ao cumprimento da carga horária do(a) estagiário(a) do que à demanda do paciente; o vínculo converteu-se em dependência sem trabalho, sem revisão de objetivos há vários meses; ou, no polo oposto, os objetivos pactuados foram alcançados e a alta é a resposta ética – e não a manutenção indefinida por receio da separação. Acrescente-se um dado que raramente se enuncia: em serviço com fila de espera, manter um acompanhamento sem indicação clínica é, também, negar acesso a quem aguarda.

Modelo de registro da decisão: “Na avaliação atual, observou-se piora dos

sintomas depressivos, aumento do isolamento e ideação suicida sem plano definido, com fatores protetivos identificados (vínculo familiar, disponibilidade para buscar ajuda). Diante do aumento do risco e da necessidade de avaliação medicamentosa, indicou-se avaliação psiquiátrica prioritária, mantendo-se o acompanhamento psicológico até confirmação do acesso. Elaborado plano de segurança; decisão discutida com orientadora e responsável técnica”.

15.4. Três advertências finais

O princípio que atravessa todo o mapa: *não reter por onipotência, não encaminhar por ansiedade e não transferir sem continuidade*. A insegurança do(a) estagiário(a) pede supervisão, não necessariamente encaminhamento; a gravidade real pede rede, não heroísmo; e nenhum fluxograma substitui o julgamento clínico construído, caso a caso, na supervisão – o mapa orienta a decisão; não decide.

ANEXOS

ANEXO A

Glossário mínimo freudiano-lacaniano (e winnicottiano)

Abstinência. Regra técnica proposta por Freud: o analista não deve satisfazer, por meio de ações ou respostas diretas, as demandas e pedidos que o paciente traz para a sessão. Isso não quer dizer frieza ou distanciamento – quer dizer que aquilo que o paciente pede (um conselho, um afeto, uma garantia) deve, sempre que possível, ser transformado em palavra e pensado junto, em vez de simplesmente atendido. Por exemplo: se o paciente pergunta insistentemente “o que eu devo fazer?”, a resposta técnica não é dar a receita, mas ajudá-lo a pensar por que essa pergunta aparece agora, com tanta urgência (Freud, 1915/2010e).

Acting out. Quando o paciente, em vez de contar algo em palavras, “atua” esse conteúdo por meio de um comportamento – falta a uma sessão logo depois de tocar em um assunto doloroso, por exemplo, ou tem uma crise fora do consultório que parece repetir algo que não conseguiu dizer dentro dele. O importante é que esse ato ainda está endereçado ao terapeuta: é uma mensagem, mesmo que cifrada, que pede para ser compreendida em conjunto. Por isso se diferencia da passagem ao ato, que é uma saída completa de cena, sem esse endereçamento (Lacan, 2005).

Alienação e separação. Dois tempos, um lógico e não necessariamente cronológico, pelos quais toda pessoa se constitui como sujeito. Primeiro, a criança nasce mergulhada na linguagem e nos desejos de quem cuida dela – ela é nomeada, interpretada, desejada antes mesmo de poder falar por si (alienação). Depois, ao longo da vida, ela precisa ir se diferenciando dessas primeiras marcas para construir um desejo mais próprio (separação). Na clínica, isso aparece, por exemplo, quando um paciente adulto ainda organiza sua vida inteiramente em função do que os pais esperam dele, sem conseguir formular o que ele mesmo quer (Lacan, 2008).

Angústia. Para Freud (1926/2014), um sinal de alerta que o psiquismo produz diante de um perigo – não é o perigo em si, mas o aviso de que algo precisa ser evitado ou enfrentado. Para Lacan (2005), a angústia tem um valor ainda mais preciso: ao contrário de outros afetos, ela não engana – quando alguém sente angústia, é sinal de que algo real e importante está em jogo, mesmo que a pessoa não saiba dizer o quê. Na prática, a angústia costuma aparecer quando falta um espaço de manobra: a pessoa se sente encurralada, sem saída, ou excessivamente exposta ao desejo de outra pessoa.

Associação livre. A regra de ouro do trabalho analítico: o paciente é convidado a dizer tudo o que lhe vier à cabeça, na ordem em que vier, mesmo que pareça bobo, vergonhoso, sem lógica ou sem relação com o que estava sendo dito antes. A ideia é que, falando sem filtrar, o paciente deixa escapar coisas que normalmente censuraria – e é justamente nesses escapes que aparece material valioso para o trabalho. Do lado de quem escuta, o equivalente a essa regra é a atenção flutuante.

Atenção flutuante. A postura de escuta recomendada ao analista: não decidir de antemão o que é importante no que o paciente diz, mas sim deixar a atenção circular livremente por toda a fala, sem selecionar só o que parece mais relevante à primeira vista. Isso é mais difícil do que parece, porque a tendência natural é filtrar e organizar o que ouvimos segundo nossas próprias expectativas; a atenção flutuante pede o contrário: a suspensão desse filtro para que detalhes aparentemente sem importância possam, mais tarde, revelar seu peso.

Ato analítico. O momento em que o analista efetivamente produz um efeito na análise – não com uma explicação longa, mas com uma intervenção pontual (um corte, uma pergunta, um silêncio bem colocado) que muda algo na posição do paciente diante do que ele mesmo está dizendo. É diferente de simplesmente conversar ou de dar uma opinião: o ato analítico é uma intervenção calculada, ainda que rápida, que produz uma mudança de perspectiva (*a posteriori*).

Contratransferência. O conjunto de sentimentos, pensamentos e reações que o próprio analista tem diante do paciente – tédio, ternura, irritação, vontade de proteger, impaciência. Freud via isso, a princípio, como um problema a ser eliminado como desdobramento da análise pessoal do analista. Paula Heimann (1950) propôs uma virada importante: esses sentimentos podem ser usados como pista sobre o que o paciente está comunicando sem palavras, desde que o analista consiga primeiro perceber o que sente e refletir sobre isso – nunca agir diretamente a partir desse sentimento na sessão.

Demanda. Todo pedido que fazemos a outra pessoa carrega, além do conteúdo concreto (um copo d'água, uma informação, um conselho), um pedido mais de fundo: de atenção, de amor, de reconhecimento. É por isso que, muitas vezes, atender exatamente ao pedido literal de um paciente não resolve nada – porque o que estava realmente em jogo era esse pedido de fundo, que a demanda concreta apenas revestia. Diferencia-se do desejo, que nunca se satisfaz completamente e continua a se manifestar nos intervalos entre uma demanda e outra.

Desejo. O que resta depois que uma necessidade já foi satisfeita e um pedido já foi atendido – por isso nunca se realiza por completo em nenhum objeto e sempre aponta para outra coisa. Diferentemente da demanda, que pode ser satisfeita concretamente, o desejo se sustenta na própria falta: quando alguém consegue exatamente o que pediu e ainda sente que “não era bem isso”, é o desejo se manifestando. Na clínica, o trabalho não é satisfazer os desejos do paciente, mas ajudá-lo a reconhecer qual é, de fato, o seu – muitas vezes encoberto por expectativas alheias que ele tomou como próprias (Lacan, 2008).

Desejo do analista. Não se trata de um sentimento pessoal (como “eu desejo que meu paciente melhore”), mas de uma função que o analista precisa sustentar durante o tratamento: a de não ocupar o lugar de quem cura, de quem sabe tudo, ou de quem precisa ser amado pelo paciente. É essa função que permite ao analista não se deixar capturar pelas expectativas do paciente e manter uma posição de escuta que possi-

bilita ao próprio paciente encontrar suas respostas (Lacan, 2008).

Enquadre (*setting*). Duas coisas ao mesmo tempo: de um lado, as regras concretas do atendimento – dia, horário, duração, local, valor, o que pode e o que não pode acontecer ali; de outro, a capacidade interna do(a) terapeuta de manter uma postura de escuta e de pensamento clínico, mesmo quando as condições externas mudam (por exemplo, num atendimento remoto ou numa sala improvisada). Um consultório perfeitamente organizado não garante, por si só, que o(a) terapeuta esteja de fato em posição de escutar; e uma mudança nas condições externas nem sempre destrói o trabalho, desde que essa capacidade interna se mantenha (Calich, 2024; Levine, 2024; Winnicott, 1983).

Escansão. Uma forma de intervenção que consiste em interromper a fala do paciente – ou encerrar a sessão – logo depois de um ponto especialmente significativo, em vez de deixar que a conversa continue e dilua aquilo que acabou de aparecer. É como colocar um ponto final numa frase importante, para que ela ressoe, em vez de emendar imediatamente outra frase por cima.

Espaço potencial. Um conceito de Winnicott (1975) para a área intermediária de experiência que não é nem inteiramente interna (fantasia) nem inteiramente externa (realidade objetiva) – é o espaço em que a criança brinca, cria e experimenta, e é também, segundo o autor, o mesmo espaço em que a própria psicoterapia acontece, na sobreposição entre o brincar do paciente e o brincar do(a) terapeuta.

Estrutura clínica. A organização mais profunda e estável da forma como uma pessoa se relaciona com a linguagem, com a lei e com o desejo do outro. Na tradição lacaniana, reconhecem-se três estruturas principais – neurose, psicose e perversão (o autismo é compreendido por alguns autores como uma quarta estrutura) – e reconhecer qual delas está em jogo (mesmo que de forma provisória, nas primeiras entrevistas) orienta decisões importantes de manejo, muito antes de qualquer teste ou classificação diagnóstica formal.

Falo (*função fálica*). Um dos conceitos mais mal-entendidos da teoria lacaniana: não se trata do órgão sexual masculino, mas de uma função simbólica que organiza, para qualquer pessoa, independentemente do sexo, a questão da falta, da diferença e daquilo que nunca se tem por completo. É essa função que faz, por exemplo, com que ninguém consiga preencher totalmente o desejo do outro – sempre falta algo e é dessa falta que a vida psíquica se organiza.

Fantasia (*fantasma*). O roteiro, muitas vezes inconsciente, que cada pessoa constrói para explicar (para si mesma) qual é o seu lugar no desejo do outro e como ela busca sua própria satisfação. Não é o mesmo que devaneio ou imaginação consciente: é uma estrutura mais fixa e repetitiva, que a pessoa não escolhe deliberadamente e que costuma aparecer nos mesmos padrões de escolha amorosa, de trabalho, de conflito.

Foraclusão. Um mecanismo específico da psicose, diferente do recalque da neurose. Enquanto na neurose um conteúdo é empurrado para fora da consciência, mas continua “guardado” no inconsciente (podendo retornar em sonhos, sintomas, lapsos), na psicose um significante fundamental – o Nome-do-Pai – simplesmente nunca chegou a ser inscrito no psiquismo. Como esse elemento nunca entrou, ele pode retornar de um jeito completamente diferente: não como lembrança ou sintoma, mas como algo que a pessoa vive como vindo de fora, do mundo real – por exemplo, uma voz que ela escuta como se fosse externa a ela.

Fort-Da. Um episódio observado por Freud: seu neto pequeno brincava de jogar um carretel preso a um barbante para fora do berço, dizendo “*fort*” (foi embora), e depois puxava o carretel de volta, dizendo “*da*” (aqui está). Freud interpretou essa brincadeira como a forma que a criança encontrou de lidar com a ausência da mãe: em vez de sofrer passivamente a ida e vinda dela, ela mesma passa a controlar, pela via do jogo, a ausência e o retorno de um objeto – transformando sofrimento em atividade simbólica (Freud, 1920/2010b).

Gozo. Um tipo de satisfação que vai além do simples prazer e que pode, inclusive, incluir sofrimento – por isso é diferente de “gostar de algo”. Uma pessoa pode repetir, ao longo da vida, um padrão de relação que claramente lhe traz dor, e ainda assim continuar buscando esse mesmo padrão: é esse excesso, essa satisfação paradoxal que persiste mesmo custando caro, que o conceito de gozo tenta nomear. Diferencia-se do desejo, que nunca se satisfaz plenamente e por isso continua a se mover.

Holding (sustentação). Conceito de Winnicott (1983) para descrever o tipo de cuidado ambiental – físico e emocional – que uma mãe (ou um cuidador) oferece a um bebê, sustentando-o de um jeito suficientemente seguro e constante para que ele possa, aos poucos, existir e se integrar como pessoa. Na clínica, o enquadre pode funcionar de um jeito parecido: um ambiente estável o bastante para que o paciente possa experimentar e elaborar emoções difíceis sem se sentir desamparado.

Interpretação. Uma intervenção do(a) terapeuta que visa abrir um sentido novo para algo que o paciente disse, ou produzir um corte que desloque a forma como ele está olhando para sua própria fala – não é o mesmo que explicar, aconselhar ou dar uma opinião. Uma boa interpretação costuma ser breve e pontual, e seu valor se mede pelo efeito que produz no paciente, não pela sofisticação teórica que demonstra.

Metáfora paterna. O nome que Lacan dá à operação pela qual a função paterna (o Nome-do-Pai) vem substituir, na estrutura psíquica da criança, o desejo ainda enigmático da mãe – dando à criança uma primeira explicação simbólica sobre o que a mãe deseja e organizando, assim, as bases da estrutura neurótica. É uma operação lógica, não literal: não depende da presença física de um pai, mas de uma função que pode ser exercida por diferentes pessoas ou até por instituições.

Neurose, psicose e perversão. As três grandes estruturas clínicas descritas pela Psicanálise, cada uma correspondendo a um jeito diferente de lidar com a falta, com a lei e com o desejo do outro. Na neurose, predominam a dúvida, a culpa e a pergunta constante sobre o próprio desejo (“o que eu quero de verdade?”, “será que meu desejo é legítimo?”). Na psicose, falta a referência simbólica que organizaria essas perguntas, e a pessoa pode se relacionar de um jeito mais direto e menos mediado com a linguagem e com a realidade. Na perversão, a pessoa lida com a lei de um jeito particular – reconhecendo-a e ao mesmo tempo driblando-a ativamente. Reconhecer, mesmo que provisoriamente, qual estrutura está em jogo muda completamente o tipo de manejo indicado desde a primeira entrevista.

Nome-do-Pai. A função simbólica que introduz a criança na lei e nas regras compartilhadas da vida em sociedade, organizando o desejo da mãe e dando à criança um lugar dentro dessa organização. Não precisa ser exercida literalmente pelo pai biológico – pode ser sustentada por qualquer pessoa ou instância que cumpra essa função de dar limite e nome ao desejo materno (Lacan, 1995).

Objeto a. O nome dado por Lacan àquilo que causa o desejo de uma pessoa, sem nunca poder ser localizado ou visto diretamente – é sempre um resto, algo que escapa. Pode se manifestar por meio de um detalhe muito específico: o timbre de uma voz, um jeito de olhar, um gesto – algo que captura o desejo sem que a pessoa saiba explicar exatamente por quê. Na sessão, o analista ocupa, tecnicamente, um lugar parecido com o desse objeto: é endereçado pelo desejo do paciente sem precisar corresponder a ele como pessoa real (Lacan, 1992a, 2008).

Objeto transicional. Descrito por Winnicott (1975): o primeiro objeto que um bebê passa a usar como se fosse uma extensão de si mesmo (uma fralda, um bichinho de pelúcia, um cantinho do cobertor), mas que também pertence ao mundo externo. Esse objeto ajuda a criança a atravessar o momento em que ela começa a perceber que a mãe é uma pessoa separada dela – funcionando como uma ponte entre a fantasia de estar fundida com a mãe e a realidade de que ela é outra pessoa.

Outro (grande Outro). O lugar simbólico da linguagem, da lei e da cultura, que já existia antes de cada pessoa nascer e que organiza, de fora para dentro, as possibilidades de fala e de desejo de cada um. É diferente do “outro” com “o” minúsculo, que se refere a uma pessoa concreta com quem nos relacionamos (um colega, um familiar) – o grande Outro é mais uma estrutura do que uma pessoa.

Passagem ao ato. Um momento em que o sujeito sai completamente de cena – deixa de se dirigir ao Outro, de esperar resposta, de fazer parte da cena simbólica em que estava inserido. É mais grave e mais silencioso do que o *acting out*: enquanto o *acting out* ainda é uma mensagem que espera ser decifrada, a passagem ao ato é uma queda para fora do laço social, sem esse endereçamento (Lacan, 2005).

Psicose ordinária. Um termo utilizado para descrever quadros psicóticos que não apresentam os sinais mais chamativos e clássicos (delírios evidentes, alucinações) e que, por isso, podem passar despercebidos numa primeira entrevista. Reco-

nhecer esse tipo de estrutura mais discreta é importante para que o(a) estagiário(a) não presuma neurose automaticamente diante da ausência de sintomas espalhados.

Real, simbólico e imaginário (RSI). Os três registros lacanianos que se entrelaçam em toda experiência humana. O real é aquilo que escapa à linguagem e não pode ser totalmente simbolizado – a morte, o corpo em sua dimensão mais crua, o acaso. O simbólico é o campo da linguagem, das leis, das regras e dos significantes que organizam nossa vida em sociedade. O imaginário é o campo das imagens, da identificação e da relação com o espelho – inclusive a imagem que cada um tem de si mesmo. Um mesmo acontecimento pode ser lido nesses três registros ao mesmo tempo, e boa parte do trabalho clínico consiste em perceber qual desses registros está mais em jogo num determinado momento do tratamento.

Recalque. O mecanismo, típico da neurose, pelo qual uma lembrança, um desejo ou uma representação insuportável é empurrada para fora da consciência – mas continua existindo no inconsciente, de onde pode retornar disfarçada em sonhos, atos falhos, sintomas ou lapsos de memória. É diferente da forclusão da psicose, em que o conteúdo nunca chegou a ser inscrito psiquicamente, e por isso não pode “retornar”.

Repetição. A tendência, observada por Freud (1914/2010g), de repetirmos padrões antigos de relação e de sofrimento em vez de simplesmente nos lembrarmos deles. O que uma pessoa não consegue recordar e elaborar em palavras, ela tende a repetir em ato – inclusive no interior do dispositivo analítico e na própria relação com o(a) terapeuta, o que oferece, paradoxalmente, uma oportunidade valiosa de trabalhar esse padrão “ao vivo e a cores”, como se fosse algo inédito e atual.

Resistência. Tudo aquilo que, durante o tratamento, dificulta o acesso a conteúdos inconscientes – não porque o paciente “não quer colaborar” deliberadamente e de forma consciente, mas porque uma parte dele se protege de entrar em contato com algo doloroso ou conflituoso. A resistência não deve ser confundida com má vontade: é, ela mesma, um material importante de trabalho.

Significante. A unidade básica da linguagem tal como a Psicanálise lacaniana a compreende: uma palavra, um som ou uma marca que só ganha sentido em relação a outros significantes, nunca sozinha ou “colada” diretamente a uma coisa do mundo. Por isso, uma mesma palavra pode significar coisas completamente diferentes dependendo do contexto e da cadeia de outras palavras ao seu redor – e é justamente nesse jogo de diferenças que a Psicanálise escuta os efeitos do inconsciente.

Sinthoma. Com “th”. Conceito elaborado por Lacan já no final de seu ensino, a partir do estudo do escritor James Joyce, para nomear um modo muito singular e pessoal que cada sujeito encontra para amarrar (dar consistência a) sua relação entre real, simbólico e imaginário. Diferentemente do sintoma comum, que costuma ser lido como algo a ser decifrado e dissolvido, o *sinthoma* é entendido mais como

uma solução criativa e estabilizadora – algo que produz “sustentação” subjetiva e que por isso merece prudência clínica antes de ser simplesmente “atacado”.

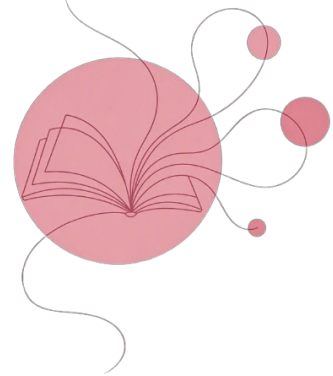
Sintoma. Uma formação psíquica que representa, ao mesmo tempo, um sofrimento e uma satisfação – por isso os sintomas costumam ser tão difíceis de abandonar, mesmo quando causam dor. Na clínica com crianças, o sintoma pode ainda ganhar um sentido adicional: muitas vezes fala não só da própria criança, mas de algo não resolvido na relação entre os pais (Lacan, 2003a).

Sujeito suposto saber. A suposição, feita pelo paciente, de que existe algum lugar – geralmente encarnado na figura do(a) terapeuta – que detém um saber sobre a causa do seu sofrimento. Essa suposição é o que dá início e sustenta a transferência: não é necessário que o(a) terapeuta realmente possua esse saber completo (e de fato nunca possui), mas é importante que ele(a) saiba sustentar esse lugar sem nem o negar ansiosamente, nem se apropriar dele de forma autoritária (Lacan, 2008).

Superego. Uma instância psíquica que critica, vigia e pune o próprio sujeito, formada a partir da internalização de exigências culturais e proibições vividas na infância (especialmente ligadas à figura paterna e ao complexo de Édipo).

Transferência. O processo pelo qual o paciente revive, na relação com o(a) terapeuta, padrões afetivos e relacionais construídos em vínculos anteriores, geralmente muito antigos – atribuindo ao(a) terapeuta sentimentos, expectativas e temores que, na origem, pertenciam a outras figuras importantes de sua vida. É esse fenômeno, detectável desde os primeiros encontros, que torna possível trabalhar na atualidade, dentro da sessão, aquilo que de outra forma ficaria só no relato (Freud, 1912/2010a; Lacan, 2008).

ANEXO B - Referências comentadas



LEITURAS ESSENCIAIS

Freud, S. “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912) e “Sobre o início do tratamento” (1913). O par de textos técnicos que todo(a) estagiário(a) deveria ler antes do primeiro atendimento. Neles, Freud estabelece a atenção flutuante como correlato da associação livre, discute a questão do dinheiro e da hora marcada, e adverte que as entrevistas preliminares já são análise – não um período neutro de coleta de dados. Base direta dos Capítulos 1 e 2.

Freud, S. “Recordar, repetir e elaborar” (1914) e “Observações sobre o amor de transferência” (1915). O primeiro introduz a noção de repetição em ato: o que não se recorda, retorna na relação com o analista – inclusive como falta. O segundo enfrenta o problema técnico mais delicado da clínica inicial: como não corresponder, nem recusar bruscamente, o amor que a transferência produz. Fundamento dos Capítulos 6 e 7.

Freud, S. “Linhas de progresso na terapia psicanalítica” (1919). O texto fundador da Psicanálise em extensão – a certidão de nascimento, por herança direta, de toda clínica-escola e clínicas gratuitas. A frase de Freud sobre o direito das populações economicamente desfavorecidas ao cuidado em saúde mental permanece como horizonte ético do Capítulo 9.

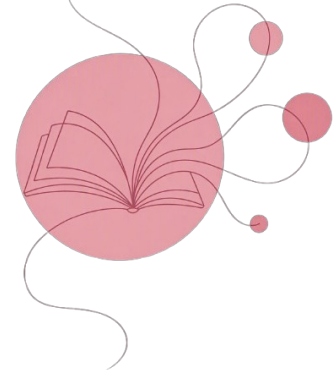
Lacan, J. “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” (1958). Texto de cabeceira sobre a posição do analista em formação: política, estratégia e tática; o analista paga com sua pessoa, mas não deve deixar que seus sentimentos dirijam o tratamento. Central nos Capítulos 1, 6 e 11.

Lacan, J. “O Seminário, livro 8: a transferência” (1960-1961). A transferência lida pela via do amor: ao analista é franqueado o lugar do amado que supostamente detém aquilo que falta ao sujeito – e a manobra técnica de não se identificar a essa posição. Aprofunda o que o Capítulo 6 apresenta de forma introdutória.

Lacan, J. “O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise” (1964). Sujeito suposto saber, *tiquê/autômaton*, desejo do analista: os operadores centrais das Partes I e II.

Lacan, J. “Nota sobre a criança” (1969). Duas páginas densíssimas que reorganizam toda a clínica infantil: o sintoma da criança pode responder à verdade do casal parental, ou realizar a presença do objeto na fantasia materna. Base do Capítulo 5.

Lacan, J. “O Seminário, livro 17: o avesso da Psicanálise” (1969-1970). Os quatro discursos – mestre, universitário, histérico, analista. Ferramenta indispensá-



vel para pensar os paradoxos institucionais da clínica-escola (Capítulo 10) e a diferença entre responder do lugar do mestre e sustentar a posição do analista diante da urgência social (Capítulo 9).

Winnicott, D. W. “O ódio na contratransferência” (1947). Um dos textos mais corajosos da literatura psicanalítica: o reconhecimento de que o analista pode odiar objetivamente certos pacientes – e que negar esse ódio é mais perigoso do que reconhecê-lo. Leitura essencial para o Capítulo 11.

Winnicott, D. W. “O brincar e a realidade” (1971). O brincar como experiência criativa situada no espaço potencial – nem dentro, nem fora. A psicoterapia como sobreposição de duas áreas de brincar, a do paciente e a do analista. Fundamento do Capítulo 5 e contraponto constante à leitura estritamente estrutural.

Heimann, P. “On counter-transference” (1950). O artigo que converteu a contratransferência de obstáculo em instrumento: a resposta emocional do analista como via de acesso ao inconsciente do paciente. Sem esse texto, a tese central do Capítulo 6 não se sustenta.

Quinet, A. “As 4+1 condições da análise” (2009). A ponte mais segura entre teoria e prática para quem está começando: entrevistas preliminares, transferência, pagamento, interpretação e a presença do analista, em linguagem didática sem perda de rigor.

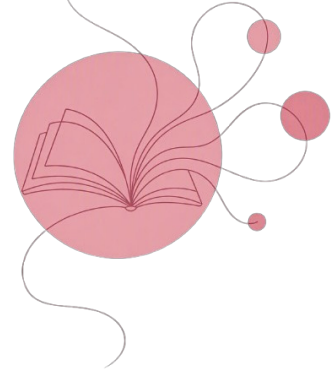
Figueiredo, A. C. “A construção do caso clínico: uma contribuição da Psicanálise à Psicopatologia e à saúde mental” (2004). O operador que evita tanto o psychologismo quanto o sociologismo na clínica social: articula a singularidade do caso ao trabalho em rede. Fundamento dos Capítulos 7, 9 e 15.

LEITURAS AVANÇADAS

Fink, B. “Introdução clínica à psicanálise lacaniana” (2018). Referência central para a passagem entre a teoria lacaniana e a técnica efetiva de condução do tratamento – inclusive o manejo da sessão de tempo variável e da pontuação. Dirigido explicitamente a clínicos de todas as orientações, com quatro estudos de caso que ilustram diagnóstico diferencial e direção do tratamento.

Fink, B. “Fundamentos da técnica psicanalítica: uma abordagem lacaniana para praticantes” (2017). Livro dedicado ao manejo técnico cotidiano – pontuação, escansão, interpretação. Obra extensa e um dos poucos tratados em língua portuguesa que percorre, passo a passo, o “como fazer” da clínica lacaniana.

Quinet, A. “Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia” (2006). Referência de diagnóstico diferencial em estrutura clínica, especialmente útil para o(a) estagiário(a) que atenderá, na clínica-escola, casos que excedem a neurose.



Soler, C. “O inconsciente a céu aberto na psicose” (2007). Aprofunda o manejo técnico específico da psicose – o que fazer, e sobretudo o que não fazer, diante de uma estrutura que não responde ao mesmo enquadre da neurose.

Miller, J.-A. (Org.) “La psicosis ordinaria: la convención de Antibes” (2003). Referência fundadora do conceito de psicose ordinária, hoje central para a discussão contemporânea de diagnóstico diferencial em quadros sem sinais clássicos.

Miller, J.-A.; Laurent, É. “El Otro que no existe y sus comités de ética” (2005). Discussão contemporânea sobre os efeitos do declínio da autoridade simbólica na clínica e na cultura – pano de fundo teórico para pensar a clínica social e institucional dos Capítulos 9 e 10.

Anexo C – Notas sobre anonimização e riscos residuais

1. **Princípio.** Anonimizar é impedir, considerados os meios técnicos razoáveis, a associação da informação a uma pessoa (Lei nº 13.709/2018, art. 5º, III). Em narrativas clínicas, o risco decisivo não está no nome, mas na **combinação de identificadores indiretos**: idade + profissão + configuração familiar + evento raro podem reidentificar alguém em uma comunidade pequena – inclusive perante si mesmo, seus familiares ou profissionais que o conhecem.

2. Matriz de desidentificação adotada nesta obra

Elemento	Procedimento
Nome	Substituição por inicial fictícia, sem correspondência com o real
Idade	Faixa etária (“jovem adulto”, “criança em idade escolar”)
Local (bairro, cidade, instituição)	Generalização (“região metropolitana”, “serviço público de saúde”)
Profissão/escola	Categoria ampla ou substituição por equivalente funcional
Datas	Períodos aproximados (“no segundo semestre”, “após alguns meses”)
Configuração familiar	Simplificação ao clinicamente essencial
Falas literais	Paráfrase que preserva a função clínica do dito
Eventos altamente identificáveis	Omissão, generalização ou substituição por equivalente clínico

3. **Composição de casos.** Quando a proteção exigiu, elementos de atendimentos distintos foram fundidos em um único relato (“caso composto”), preservando-se a verdade **clínica** do impasse (a lógica do manejo) sem correspondência biográfica integral com nenhuma pessoa atendida. As composições não alteram a natureza das decisões técnicas discutidas.

4. **Teste de risco residual.** Antes da inclusão, cada vinheta foi submetida a três perguntas: a) a própria pessoa se reconheceria de imediato e de modo inequívoco? b) alguém de seu convívio poderia reconhecê-la pela combinação de detalhes? c) algum detalhe permanece no texto sem função clínica ou didática? Resposta afirmativa a qualquer uma implicou novo disfarce ou exclusão do material. Quando o disfarce necessário comprometeria o sentido clínico, optou-se por não utilizar o caso.

5. **Limites.** Nenhuma técnica reduz o risco a zero: o compromisso desta obra é com a **minimização documentada** – supressão, generalização, rearranjo, composição – somada à finalidade estritamente formativa do material, em conformidade com o Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), com a Resolução CFP no 06/2019, com a LGPD e com as normas institucionais do Centro Universitário São Camilo (2026). Eventuais semelhanças com situações reais específicas decorrem da tipicidade dos impasses clínicos descritos, não da identidade dos casos.

REFERÊNCIAS

BECK, J. S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BERNARDINO, L. M. F. *As psicoses não-decidas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BLEGER, J. *Simbiose e ambiguidade: estudo psicanalítico*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

BOLLAS, C. *A sombra do objeto: psicanálise do conhecido não pensado*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

BORDIN, E. S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, v. 16, n. 3, p. 252-260, 1979. <https://doi.org/10.1037/h0085885>.

BRASIL. *Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018* (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018.

_____. *Decreto nº 12.456, de 19 de maio de 2025*. Institui a Política Nacional de Educação a Distância e dispõe sobre a oferta de cursos superiores nos formatos presencial, semipresencial e a distância. Brasília, DF: Presidência da República, 2025.

CALICH, J. C. Frame, setting, process, and movement. *The International Journal of Psychoanalysis*, v. 105, n. 2, p. 242-255, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/00207578.2024.2327242>.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO. *Manual de Estágio Supervisionado: Estágio Psicodiagnóstico, Psicodiagnóstico Interventivo, Atendimento Clínico e Atendimento Psicoterápico*. São Paulo: Curso de Graduação em Psicologia, 2026.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília, DF: CFP, 2005.

_____. *Resolução CFP nº 06, de 29 de março de 2019*. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional. Brasília, DF: CFP, 2019.

_____. *Resolução CFP nº 04, de 26 de março de 2020*. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da

Comunicação durante a pandemia da COVID-19. Brasília, DF: CFP, 2020. (Revogada pela Resolução CFP no 9/2024).

_____. *Resolução CFP nº 09, de 18 de julho de 2024*. Regulamenta o exercício profissional da Psicologia mediado por Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação (TDICs) em território nacional. Brasília, DF: CFP, 2024.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (BRASIL). Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES nº 1, de 11 de outubro de 2023*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Brasília, DF: CNE/CES, 2023.

COUTINHO JORGE, M. A. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan*, v. 3: a prática analítica. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

DUNKER, C. I. L. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo, 2015.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 1, p. 75-86, 2004. <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001006>.

_____. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

FREUD, S. A dinâmica da transferência (1912). In: FREUD, S. *Obras completas*, v. 10. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a.

_____. Além do princípio do prazer (1920). In: FREUD, S. *Obras completas*, v. 14. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b.

_____. Análise da fobia de um garoto de cinco anos ("O pequeno Hans", 1909). In: FREUD, S. *Obras completas*, v. 8. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2015a.

_____. Análise terminável e interminável (1937). In: FREUD, S. *Obras completas*, v. 19. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2018a.

_____. Construções na análise (1937). In: FREUD, S. *Obras completas*, v. 19. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2018b.

_____. Escritores criativos e devaneio (1908). In: FREUD, S. *Obras completas*, v. 8. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2015b.

_____. Inibição, sintoma e angústia (1926). In: FREUD, S. *Obras completas*, v. 17. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

_____. Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1919). In: FREUD, S. *Obras completas*, v. 14. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010c.

_____. O mal-estar na civilização (1930). In: FREUD, S. *Obras completas*, v. 18. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010d.

_____. Observações sobre o amor de transferência (1915). In: FREUD, S. *Obras completas*, v. 10. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010e.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise (1912). In: FREUD, S. *Obras completas*, v. 10. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010f.

_____. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: FREUD, S. *Obras completas*, v. 10. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010g.

_____. Sobre o início do tratamento (1913). In: FREUD, S. *Obras completas*, v. 10. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010h.

HEIMANN, P. On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, v. 31, p. 81-84, 1950. Disponível em: <https://pep-web.org/search/document/IJP.031.0081A>.

HERRMANN, F. *Introdução à teoria dos campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

KLEIN, M. *A psicanálise de crianças*. 1932. Rio de Janeiro: Imago, 1997. (Obras completas de Melanie Klein, v. 2).

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958). In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a.

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b.

_____. Nota sobre a criança (1969). In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003a.

_____. *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud. 1953-1954*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

_____. *O Seminário, livro 4: a relação de objeto. 1956-1957*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____. *O Seminário, livro 8: a transferência. 1960-1961*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992a.

_____. *O Seminário, livro 10: a angústia*. 1962-1963. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 1964. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. 1969-1970. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992b.

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: LACAN, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003b.

LEVINE, H. B. On the question of the internal frame. *The International Journal of Psychoanalysis*, v. 105, n. 2, p. 234-241, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/00207578.2024.2327240>.

MILLER, J.-A. *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

OGDEN, T. H. On psychoanalytic supervision. *The International Journal of Psychoanalysis*, v. 86 (Pt 5), p. 1265-1280, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1516/BEE8-C9E7-J-7Q7-24BF>.

QUINET, A. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

_____. *As 4+1 condições da análise*. 12. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

ROGERS, C. R. *Tornar-se pessoa*. 6. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

SAFRAN, J. D.; MURAN, J. C. *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford Press, 2000.

SOLER, C. *Variáveis do fim da análise*. Campinas: Papirus, 1995.

WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (1965). Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____. *O brincar e a realidade*. 1971. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. O ódio na contratransferência (1947). In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

ZASLAVSKY, J.; SANTOS, M. J. P. (org.). *Supervisão psicanalítica: revisão e proposta*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO